PROF. DR. ANTONI CIESZYŃSKI. LWÓW.

PROJEKT JEDNOLITEGO STUDJUM STOMATOLOGICZNEGO W POLSCE.

7.32.

Projet d'uu règlement uniforme d' études en stomatologie pour toute la Pologne.

Dotychczasowe wykształcenie dentystyczne w Polsce posiada charakter prowizoryczny i nie jest — jak wiadomo — jednolite w poszczególnych dzielnicach. W byłym zaborze austryjackim przy Uniwersytetach Jagiellońskim w Krakowie i Jana Kazimierza we Lwowie, wymaga się od przyszłego specjalisty ukończonych nauk lekarskich, po których przyszły specjalista, stomatolog, albo jak się tutaj powszechnie nazywa „dentysta“ kształci się dowolnie długo w specjalności, bądźto w Instytutach dentystycznych tychże Uniwersytetów, bądź też zagranicą.

Idąc za przykładem Wiednia (prof. Weisera) starałem się we Lwowie zaradzić dowolnej i niedokładnej specjalizacji w ten sposób, że żądam prywatnego zobowiązania się kandydata, że zdobędzie minimum wiadomości potrzebnych stomatologowi. Kandydaci ci muszą podpisać przed rozpoczęciem pracy swej w Instytucie dentystycznym lwowskim następujące zobowiązanie:

„Wychodząc z założenia, że każdy specjalista winien się należycie do wykonania swego zawodu sumiennie przygotować, zobowiązuję się dobrowolnie słowem honoru wobec nieuregulowania dotąd studjum stomatologicznego przy Uniwersytetach polskich do poświęcenia na cel specjalizacji w stomatologji przynajmniej 1½ roku czasu, po którego upływie dopiero otworzę samodzielną praktykę. — W tym czasie odbędę przynajmniej:

4 (cztery) kursy z protetyki dentystycznej;
3 (trzy) kursy z dentystyki zachowawczej;
1 (jeden) kurs z chirurgji stomatologicznej, (o ile jeden kurs został już poprzednio odbytym w czasie studjów lekarskich przy Uniwersytecie lwowskim);
1 (jedną) poliklinikę stomatologiczną.

We Lwowie, dnia . . . . 192 . *(Podpis).*

Czy kandydaci wiadomości te osiągnęli podczas swych studjów lekarskich, czy też później, jest rzeczą obojętną. Z ukończonego kursu otrzymuje kandydat każdy osobne poświadczenie, że przepisaną ilość prac wykonał.

W Wielkopolsce niema dotąd żadnego Instytutu dentystycznego uniwersyteckiego, nie istniała tam wogóle możność specjalizowania się w dentystyce.

W Warszawie jedynie zaprowadzono w r. 1920 osobne studjum dentystyczne trwające lat cztery.

Państwowy Instytut dentystyczny w Warszawie utworzony został głównie celem zlikwidowania szkół prywatnych dentystycznych, z których pozostało blizko 2000 uczniów. Program pierwotny przedłożony przez „Zjazd delegatów wszystkich organizacji zawodowych dentystycznych“ z r. 1919 był wzorowany na programie wykształcenia lekarzy-dentystów w Ameryce i Niemczech, przyczem nauki przyrodnicze i lekarskie miały

być uwzględnione w znacznie większej mierze[1]). Niestety program ten, stawiający dentystykę na znacznie wyższym poziomie aniżeli to było w Ameryce, Niemczech i Szwajcarji, nie został w całości wprowadzony w życie, tylko znacznie obcięty, spaczony i zakrojony głównie do likwidacji stosunków otrzymanych w spadku po Rosji. W praktyce zaś i ten znacznie skrócony program nauki doznać musiał redukcji dalszej z braku dostatecznych warunków nauczania w Państwowym Instytucie dentystycznym warszawskim, braku sił pedagogicznych a w szczególności zaś z powodu niedostatecznego przygotowania uczniów. Z tych to powodów obniżono w dalszym ciągu wymagania przy egzaminach końcowych, ażeby jak najrychlej pozbyć się niewdzięcznego materjału uczniów i rozpocząć dopiero normalne już studja z tymi uczniami, którzy z maturą wstąpili na I. rok studjów do Państwowego Instytutu dentystycznego.

Poziom zaś naukowy ogólny podniósł się znacznie dzięki energicznemu kierownictwu i pracy wykładających. Według zasięgniętych informacji u źródła przewyższa młode pokolenie wiadomościami swemi studentów analogicznych zakładów niemieckich.

Braki pozostałe powinny być uzupełniane w kursach uzupełniających, które jak zagranicą powinny się odbywać 1 lub 2 razy do roku w Zakładach dentystycznych uniwersyteckich i w Państwowym Instytucie dentystycznym w Warszawie.

Jeszcze do roku zeszłego mogliśmy mówić o wielkim braku lekarzy-dentystów w Polsce, szczególnie zaś w Wielkopolsce i Małopolsce.

W dwu latach ostatnich opuściło Państw. Instyt. dentyst. warszawski około 800 lekarzy-dentystów. — Ilość więc dotychczasowa lekarzy-dentystów w Polsce wzrosła do końca roku do 2100. Ponieważ absolwenci P. Instyt. Dent. lat ostatnich nie znajdą już warunków utrzymania w byłej Kongresówce, szukać go będą zapewne w Małopolsce i Wielkopolsce. Widzimy objaw ten zresztą już w ostatnim roku; do Wielkopolski przybyło lek.-dentystów typu rosyjskiego i polskiego około 20-tu, do Małopolski również około 20-tu. Przypływ ten będzie zapewne znaczniejszy w czasie najbliższym, pomimo że organizacje zawodowe w Małopolsce zwróciły się do Izb lekarskich, występując przeciw lekarzom-dentystom, którzy nie odpowiadają pod względem swego wykształcenia stomatologom Małopolski.

Brak lekarzy-dentystów skłaniał mnie dotychczas do popierania stanu prowizorycznego o czteroletnim programie studjum; motyw ten uważać należy obecnie za usunięty, tembardziej że warunki ekonomiczne lekarzy i lek.-dentystów pogorszyły się znacznie przez ogólne ubezpieczenie w Kasach chorych, wskutek czego ilość chorych szukających porady w prywatnych ordynacjach zredukowała się znacznie, jakkolwiek z drugiej strony Kasy chorych nie mogą i obecnie uzyskać sił odpowiednio wykwalifikowanych na lekarzy-dentystów Kasy chorych.

Stan prowizoryczny z programem naukowym Państwowego Instytutu dentystycznego nie zadowolił bynajmniej żadnego typu lekarzy-dentystów istniejących w Polsce. O tem mieliśmy

---

[1]) Cieszyński: O reformie studjów stomatologicznych w Polsce. — Lwów 1919.

sposobność przekonania się na I. Zjeździe naukowym lekarzy-dent., gdzie sprawa ta obszernie została dyskutowaną.

Tak samo docenci stomatologji jak i reprezentanci organizacyj naukowych wypowiedzieli się za koniecznością jednolitego studjum dentystycznego na szerokich podstawach przyrodniczo-lekarskich. — Referat na ten temat kol. Allerhanda przedstawiający stan obecny nauczania dentystyki na całym świecie i ogólne dążenie do reformy spowodował uchwały ogłoszone w numerze 9-tym *Polskiej Dentystyki* na str. 453. — *Wypowiedziano się więc jednomyślnie, że przyszły lekarz-dentysta czyli stomatolog musi posiadać zarazem dyplom ogólno-lekarski.* Jednomyślnie żądano więc programu studjów tego, który w r. 1919 uważałem sam i uważany był jako idealny, a na razie nie do osiągnięcia. Pogląd obecny lekarzy-dentystów na I. Zjeździe we Lwowie jest identyczny ze stanowiskiem Wydziałów lekarskich: krakowskiego i lwowskiego i po części warszawskiego, oraz odpowiada stanowisku Izb lekarskich: krakowskiej i lwowskiej.

Określenie dokładnego programu studjów oraz czasu pozostawiono przedstawicielom nauki i organizacyj naukowych reprezentowanych na Zjeździe.

Projekt studjum stomatologicznego.

Ażeby sprawę pchnąć na tory konkretne i przygotować materjał do wspólnej konferencji, opracowałem poniżej program przyszłych studjów stomatologicznych, które powinny obejmować 6 trymestrów czyli 2 lata, z czego 2 trymestry mógłby kandydat absolwować podczas studjów lekarskich, o ile czas na to odpowiedni znajdzie.

(Patrz tab. str. 492).

Liczyłem się przy tem z faktem, że kandydat stomatologji już podczas studjów swoich lekarskich obowiązkowo odbędzie dwu-trymestralny kurs ze stomatologji, tworzący niejako wstęp do tejże specjalności, oraz otrzyma wiadomości podstawowe z anestezjologji i techniki ekstrakcyjnej, pozatem zapozna się w trymestrze II. ze sposobem badania i klinicznej oceny przypadków. Chirurgja stomatologiczna obejmować więc będzie razem godzin 80 + 40 + 200 + 30 + 40 = 390 godzin.

Program powyższy jest bardzo podobny do zasadniczego programu studjów, proponowanego przezemnie w r. 1919, który stanowił substrat do obrad Zjazdu delegatów i do ułożenia osobnego programu studjów, z tą jednak różnicą, że pominięte są wszystkie przedmioty, z którymi kandydaci mieli sposobność zapoznania się już podczas studjum lekarskiego.

Jako nowe przedmioty, nie objęte programem dotychczasowych projektów reform, przybyły języki: angielski, francuski i niemiecki, w zakresie potrzebnym do korzystania z piśmiennictwa zagranicznego. — Piśmiennictwo polskie jest — jak dotąd — tak ubogie, że absolutnie nie może dostarczyć materjału do wykształcenia specjalisty; postęp zaś nauki szedł w ostatnich dwudziestu latach tak chyżym krokiem naprzód i idzie nim dalej, że każdy stomatolog będzie musiał nadal korzystać z literatury fachowej zagranicznej. Pogląd ten podziela między innymi wybitny stomatolog belgijski Allaeys.

PRZEDMIOTY praktyczne i teoretyczne	Ilość godzin tygodniowa w trymestrze						Ogólna ilość godzin
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	
KURSY i KLINIKI:							
Kurs histologji zębów	3						30
„ anatomo-patologiczny chorób zębów, szczęk i jamy ustnej . .	4						40
„ antropologji	3	3					60
„ bakterjologji jamy ustnej . . .	4						40
„ protetyki[1])	24	24	24	24			960
„ ortodoncji i ortopedji szczęk[1])					24	24	480
„ dentystyki zachowawczej[1]) . .		12	12	12	12	12	600
Klinika chirurgji stomatologicz. (3 godziny wykładu, 2 godz. ćwiczeń) .		5		5	5	5	200
Klinika chorób jamy ustnej			1	1		1	30
Kurs operacyj stomatologicznych . .			3				30
„ roentgenologji				2	2		40
„ rysunków i modelowania . .	4						40
Chirurgja stomatologiczna[3])	2	2	4				40
Dentystyka zachowawcza (choroby miazgi i ozębnej)	2		2		2		60
Protetyka dentystyczna	3	3	3				90
Ortodoncja i gnatostatyka		1	3	3			70
Ortopedja szczęk				2	2		40
Higjena jamy ustnej					2		20
Etyka i ekonomja lek.-dentyst. . .						2	20
Historja dentystyki					2		20
Język angielski	3	3	3	2[2])	2[2])	2[2])	150
„ niemiecki	2[2])	2[2])	2[2])				60
„ francuski				2[2])	2[2])	2[2])	60
	54	*55*	*53*	*53*	*55*	*48*	*3180*

[1]) Wraz z wykładem klinicznym dla zaawansowanych. [2]) Lektura pism fachowych.

[3]) **UWAGA.** W program powyższy nie jest wliczony obowiązkowy dwu-trymestralny kurs stomatologji, który musi podczas swych studjów lekarskich przejść każdy student medycyny by zapoznać się ze stomatologją w ogólnych zarysach, mianowicie I. trymestr: 4 godziny wykładu i 4 godziny ćwiczeń (80 godzin); — II. trymestr: 4 godziny kliniki stomatologicznej (40 godzin).

Opanowanie języków obcych nie stanowi dla Polaków tak szczególnych trudności, gdyż w wieku ubiegłym każdy wykształcony Polak posługiwał się jednym lub dwoma językami obcymi obok języka polskiego; zresztą podstawy pewne z jednego lub dwóch języków obcych wniesie każdy kandydat, wstępując na Uniwersytet.

Znajomość języków obcych może przyczynić się do tego, że rozwój stomatologji polskiej pójdzie szybko naprzód w pokoleniu nowem. Wiadomości potrzebne specjaliście opierać się będą nie tylko na szerokich podstawach przyrodniczo-lekarskich, ale zarazem na dorobku nauki całego świata kulturalnego.

Egzamin państwowy ze stomatologji składają kandydaci po ukończeniu wyżej wymienionych kursów. Egzamin dzieli się na:

1. egzamin z chirurgji stomatologicznej, chorób jamy ustnej i roentgenologji;
2. egzamin z dentystyki zachowawczej, bakterjologji i higjeny jamy ustnej;
3. egzamin z protetyki, ortodoncji i ortopedji szczęk; każdy z przedmiotów obejmuje część praktyczną i teoretyczną, przyczem każdy egzaminator stwierdza wiadomości potrzebne do odnośnej gałęzi z anatomji, fizjologji, anatomji patologicznej, bakterjologji i historji dentystyki;
4. egzamin z języków obcych: angielskiego, francuskiego i niemieckiego, przyczem kandydaci powinni wykazać dostateczną znajomość języka do zrozumienia piśmiennictwa fachowego.

Tak przedstawia się program studjów stomatologicznych w przyszłości, który zagwarantowałby przyszłemu stomatologowi jak najlepsze wykształcenie.

Szczegółowa organizacja studjów.

Przedmioty poszczególnych dziedzin powinny być wykładane przez profesorów odnośnych specjalności względnie docentów lub starszych asystentów. Stomatologję powinno wykładać przynajmniej trzech profesorów, względnie ich zastępców lub docentów. W braku tychże mogą być wykładane na razie niektóre przedmioty przez starszych asystentów klinik stomatologicznych. Wykłady i kursy, których nie prowadzą stali reprezentanci katedr, obliczane i wynagradzane mogą być jako wykłady zlecone.

Istniejące przy Uniwersytetach Instytuty dentystyczne zamienić należy na Kliniki stomatologiczne. Zakłady te winny być rozszerzone i wyposażone w odpowiednie urządzenie. Państwowy Instytut dentystyczny powinien zostać zamieniony na Klinikę stomatologiczną Uniwersytetu warszawskiego.

Studenci, którzy przed wejściem w życie nowych studjów rozpoczęli naukę, kończą studja dentystyczne według dawniejszego programu, który jednak może zostać rozszerzony, i składają egzaminy według przepisów dotychczas obowiązujących.

Już obecnie przystąpić należy do opracowania planów budowy nowych Klinik stomatologicznych, odpowiadających po-

trzebom. Budowa tychże rozpocząć się powinna w czasie jak najbliższym i być uważaną jako jedną z najpilniejszych budów uniwersyteckich. W tymże celu należy poczynić starania o uzyskanie odpowiednich kredytów.

Koszty studjów. Studja stomatologiczne wymagają niewątpliwie wielkiego nakładu i należy uważać je za najdroższe ze wszystkich specjalności lekarskich ze względu na to, że każdy kandydat zaopatrzyć się musi we własne narzędzia drobne i opłacać powinien czesne, odpowiadające realnym wydatkom na studja specjalne. Narzędzia do działu dentystyki zachowawczej kosztują obecnie około 120—180 fr. szwajc.; narzędzia zaś do kursu protetycznego około 60 fr.

Największe trudności stanowić będzie zakupno narzędzi. W tymże celu powinna dysponować każda Klinika pewną ilością garniturów, które mogą kandydaci wypożyczać za pewną nizką opłatą; w razie zniszczenia narzędzi zastąpić je muszą nowemi.

Co do urządzenia wewnętrznego powinien każdy Zakład kliniczny dysponować taką ilością foteli operacyjnych i wiertarek, którąby odpowiadała połowie ilości studentów zapisanych na kurs dentystyki zachowawczej, nie licząc foteli operacyjnych, potrzebnych dla oddziału chirurgji stomatologicznej i działu protetycznego.

* * *

Wobec postawienia stomatologji równorzędnie z innemi specjalnemi gałęziami medycyny, powinny się zająć Władze państwowe jak najenergiczniej tępieniem partactwa uprawianego przez techników dentystycznych. Przeprowadzenie tejże sprawy ułatwić mogą referenci dentystyczni przy Władzach powiatowych i fizykatach. Izby zaś lekarskie powinny jak najenergiczniej wystąpić przeciw lekarzom, udzielającym firmy swej technikom dentystycznym.

Kasom chorych powinno być wzbronione przyjmowanie na lekarzy-dentystów kasowych techników dentystycznych, jak dzieje się to podobno w Wielkopolsce, wzbronione powinno być również poruczanie leczenia zębów i jamy ustnej lekarzom, nie mogącym wykazać się odpowiedniem wykształceniem w stomatologji.

Protokół konferencji

odbytej w dniach 2. i 3. października 1923 r. w Departamencie Nauki i Szkół Wyższych Ministerstwa W. R. i O. P. w przedmiocie projektu ustawy o Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie.

Zebrani na posiedzeniu zwołanem przez Ministerstwo W. R. i O. P., niżej podpisani przedstawiciele katedr stomatologji wypowiadają się jednomyślnie za jak najrychlejszem wprowadzeniem w życie jednolitego studjum stomatologicznego w myśl uchwał szczegółowych I-go Naukowego Polskiego Zjazdu lekarzy-dentystów we Lwowie.

Jako konsekwencja tego stanowiska wypływa, że projekt utworzenia Państwowego Instytutu Dentystycznego o charakterze Szkoły Wyższej w formie proponowanej przez Ministerstwo W. R. i O. P. może być tylko zastosowane do Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie, podlegającego likwidacji, na okres czasu przejściowy.

Niżej podpisani uważają za konieczne jak najrychlejsze opracowanie nowych zasad dla wykształcenia stomatologów i stworzenia im odpowiednich ku temu warunków.

W Warszawie, dnia 3. października 1923 r.

Prof. A. Cieszyński. *Dr. Alfred Meissner.* *Prof. dr. Hilary Wilga.*

LEK.-DENT. S. SOKALSKI. ŁÓDŹ.

GRUŹLICA A SCHORZENIA ZĘBÓW[1].

La tuberculose et les maladies des dents.

30.3.

MOTTO:

„Jeśli gruźlica jest plagą człowieczeństwa, to schorzenia zębów z ich nadzwyczajnem rozpowszechnieniem i niezliczonemi zgubnemi skutkami, są również nie mniej straszną plagą".

Dr. V. QUERINI
(7 międzynar. Kongres przeciwgruźliczy).

Tematem, nad którym wywiązała się w latach ostatnich żywa dyskuja, jest to sprawa przenikania laseczników Kocha przez zęby spróchniałe do ustroju. Wiadomo, że laseczniki Kocha są czynnikami chorobotwórczemi gruźlicy, a że ta „biała dżuma" jest straszną plagą i biczem człowieczeństwa, wiemy wszyscy. Zaznaczę, że tylko w Łodzi umiera rocznie 2000, żyje 7000 gruźliczo chorych; w Polsce umiera rocznie 75.000, żyje 500.000.

Jeśli ilość wyrzuconych z kropelkami śliny bakterji podczas wymówienia 300 wyrazów wynosi 1/4 miljona drobnoustrojów, stosownie do statystyki Boeja, 77% czyli przeszło 3/4 zakażeń odbywa się przez ślinę t. j. drogą zakażenia dla osób otaczających, zwłaszcza jeśli znajdują się w odległości mniejszej niż 1 1/2 *mtr.* od ust kaszlącego chorego. — (Serkowski).

Na związek między schorzeniami zębów a gruźlicą zwrócił pierwszy uwagę Boulland w r. 1873; później Straus (1894) i inni. — Wszyscy ustalili ten związek, i pod tym względem mamy odpowiedź twierdzącą. Okulista Schwalbe twierdzi, że procesy ropienią wskutek próchnicy zębów są podstawą do wybuchu *conjunctivitis eczematosa* (skrofuliczo-gruźlicznych chorób oczu) i że nieraz jedynie za pomocą leczenia chorych zębów i środków higjenicznych udawało mu się wyleczyć najupartsze skrofuliczne choroby łącznicy i rogówki. Związek między chorobami oczu, a zębami ustalili również Barker (Ameryka), Lang i inni.

Oddziaływanie gruźlicy na stan uzębienia.

Ponieważ gruźlicę charakteryzuje zwiększone oddanie soli wapnia, obserwujemy większy procent próchnicy przy gruźlicy. Proponowane przez Sergenta leczenie wapniem nie raz udowodniło dodatnie działanie i na zęby (Jean). Przy gruźlicy hipoplazja szkliwa jest częstszą, niż normalnie. Ogółem powiedziawszy, ostrość próchnicy jest w odpowiednim stosunku do ostrości przebiegu gruźlicy (Rosenthal), a podług Franka, krwotoki zębodołowe towarzyszą gruźlicy w postaci *syndromes hémorrhagiques,* jako objaw ciężkiego przebiegu choroby.

Vannier uważa obstrukcję u dzieci za objaw procesu gruźliczego odwapnienia. Jednocześnie zauważył on wraz z tą niedyspozycją kiszek zakażenie zębów wraz z wytworzeniem ropni i ziarniniaków. Autor tłu-

[1]) Wykład zgłoszony na I. Polski Naukowy Zjazd lekarzy-dent. we Lwowie 1923.

maczy próchnicę w tym wypadku jako przyśpieszoną zmniejszoną odpornością zębiny. Słusznie zaznacza Miran, że gruźlica we wszelkich postaciach jest jedną z przyczyn patologicznych, wywołujących większy lub mniejszy rozstrój przemiany materji a tym samym i brak minerałów w zębie, co prowadzi do próchnicy.

Brissmoret zapisuje fluorek wapniowy chorym, cierpiącym na próchnicę przy gruźlicy celem zasilenia organizmu minerałami. Ferrier wskazuje na łączność między gruźlicą płuc a dekalcynacją zębów. Stan jeśli chorego poprawia się, znacznie zatrzymuje się proces dekalcynacji; odwrotnie: jeśli proces próchnicy powiększa się, pogarszą się ogólny stan gruźliczo chorego. Jollivet stwierdził to, obserwując chorych, u których stosowano metodę Cussa, polegającą na zasilaniu organizmu wapniem.

Krzywica, schorzenia gruczołów, anemja, skłonność do gruźlicy, zły skład krwi, zaburzenia w trawieniu i i. już wcześniej odbijają się na zębach, powodując częściowo ich zniszczenie lub wstrzymując rozwój zębów (Pfaff). Wogóle ogólne osłabienie ustroju gruźliczo chorego nie może pozostać bez wpływu na stan uzębienia. Jednocześnie choroby zębów, wywołując zaburzenia trawienia, zmniejszają odporność ustroju w stosunku do chorób, również i gruźlicy, która atakuje przeważnie osoby słabe, anemiczne (Therre). Jednocześnie przy chorobach takich, jak ropotok zębodołowy, przerost dziąseł, zapalenie szpiku szczęki i i. chory w ciągu dłuższego czasu połyka trującą materję, przez co osłabia się organizm i tworzy się podłoże do rozwoju drobnoustrojów gruźlicy, a brak zębów osłabia zdolności trawienia, gruczołów ślinnych i procesu trawienia w jamie ustnej. Wpływ, który wywiera stan zębów na przebieg gruźlicy skóry *(lupus)*, ustalili: Jaquet, Grauer, Rousseau-Decelle, Barden, Jullarde i Therre.

Że zęby spróchniałe oddziałują rzeczywiście toksycznie, stwierdził to Möller, który wstrzyknął zawartość rozpadliny zębów myszom, z liczby 77 tylko 18 wyzdrowiało.

Czy zawierają spróchniałe zęby i osad nazębny prątki gruźlicze?

Nowsze badania wykazały obecność w zębach laseczników. Möller znalazł takowe w osądzie nazębnym. Badał on 52 dzieci ze zdrowemi płucami; z nich 36 miało zęby chore; obfity osad u 41; u 6 znaleziono w osadzie prątki gruźlicze. Z 194 dzieci z choremi płucami — 182 miało osad nazębny; w tem 35 razy znaleziono prątki.

Meyer w 6 wypadkach z 13 (badania na zwierzętach) w najgłębszej części korzenia, u wierzchołka, znalazł laseczniki, przyczem w 2 wypadkach badanie zawartości przewodu dało wyniki ujemne i jednocześnie koronowej — dodatnie.

Prątki gruźlicze odkrył Cook w miazdze. — Euler (1906) przytoczył wypadek okołozębnej gruźliczej torbieli, przyczem szczepienie dało wyniki dodatnie.

W roku 1912 Zilz publikuje o znalezieniu w 4 wypadkach gruźliczych torbieli prątków gruźliczych w twardych częściach zębów i ściankach torbieli. Szczepienie dało wyniki dodatnie. Podobne wypadki przytoczyli A. Therre i Massia.

Czy mogą służyć spróchniałe zęby za bramę wejściową dla laseczników Kocha?

Cornet i Odenthal wywołali gruźlicę gruczołów, wprowadzając w ubytek laseczniki. Cornet znalazł błękit metylenowy w gruczołach, wprowadziwszy go w ubytek zęba. Coustaing wraz z Pinoy w instytucie Pasteura przeprowadził następujące badanie. Zrobiony został otwór w komórkę miazgową dwóch dolnych kłów małpy i wprowadzono laseczniki bydła rogatego. Zęby zaplombowano cementem. Po trzech tygodniach nastąpiło zapalenie szyjnych gruczołów chłonnych i przetoka w obwodzie szczepienia. Ropę zwierzę połykało i wytworzyła się gruźlica przewodu pokarmowego.

Aufrecht jest zdania, że lasecznik Kocha jest w stanie rozwijać się na spróchniałych zębach i migdałkach, aby stąd przedostał się do krwiobiegu ógólnego i płuc. Tegoż zdania są: Mönckeberg i Wallow.

Niemałą rolę jako brama wejściowa dla drobnoustrojów odgrywa również śluzówka jamy ustnej.

Jedna z tez Valudéna *(Congrés de la tuberculose* 1888 r.*)* brzmi: „Gruźlica prawdopodobnie rozwija się tylko w wypadku urażenia śluzówki lub błony śluzowej".

Gdy śluzówka jest zdrowa, nie wywołuje ona żadnych schorzeń. Ponieważ przeciwgnilne działanie śliny jest minimalne, jedynym czynnikiem, działającym niszcząco na zarazki, jest reakcja śluzówki; gdy jest ona zdrowa i nienaruszona, sprawa zapalna powstawać nie może (Kranz, Ritter). Miejscem wtargnięcia bakterji ze strony jamy ustnej mogą być niekiedy rany po zabiegach lekarskich n. p. po usuwaniu zębów kleszczami lub dźwigniami (Szafran), również uszkodzona przez złamane zęby śluzówka (Wiener). O różnych podobnych wypadkach opowiadają: Verneuil, Decaisne, Lambert, Lerois, Lücke, Mund-Mierzecki, Féréde, a wynika z nich, że zęby były przyczyną owrzodzenia wskutek uszkodzenia śluzówki.

Na związek między gruźlicą a śluzówką wskazywano oddawna, przyczem specjalnie u dzieci zwracano uwagę na czerwony kolor dziąsł, jako pierwszy objaw gruźlicy (Wiener). Niektórzy twierdzą, że przy ostrym przebiegu gruźlicy obserwowali czerwoną, przy chronicznym — sinawą obwódkę na śluzówce wokoło zębów (Pfaff).

Co się dzieje z lasecznikiem gruźliczym, gdy w ten lub inny sposób przedostał się on do spróchniałego zęba?

Zasadniczo w zębach spróchniałych znajdują się odpowiednie warunki dla życia laseczników t. j. wilgoć, ciepło, często kwasy. Jeśli warunki sprzyjają, lasecznik rozmnaża się, spotyka rozpad zębiny, który powiększa się. Lasecznik powoduje także proliferacje gruźlicze lub torbiele. Rozpad zębiny, zdaniem Therre'a, jest pewnym i dość ważnym pomocnikiem gruczołów chłonnych, tworzy przeszkodę, przegrodzenie dla laseczników. Torbiele okołowierzchołkowe są nieraz pierwszym objawem zewnętrznej gruźlicy pochodzenia zębnego. De facto jest to objaw rzadki,

lecz w literaturze Therre zebrał 5 podobnych wypadków (Euler, Zilz, Massia) i jeden własny.

Z ziarniniaków laseczniki mogą przedostać się dalej, należy jednak pamiętać, że tkanka ziarninowa (Partsch) tworzy aparat ochronny w walce z czynnikami chorobotwórczymi, stanowiąc filtr, chroniący głębsze warstwy od szkodliwej działalności drobnoustrojów i ich jadów.

Badania, przeprowadzone na zwierzętach, dając nieraz reakcję dodatnią, nie wykazały w spróchniałych zębach prątków gruźliczych (metodą Ziehla). Przypuszczać więc należy, że istnieją inne jeszcze formy czynników chorobotwórczych gruźlicy. Much dowiódł, że oprócz formy kwasoodpornej laseczników istnieją również i inne, nie posiadające tej właściwości t. j. ziarenka Mucha. — Zilz wnioskuje, że rozpadowe masy spróchniałego zęba są właśnie w stanie albo zmienić substancję laseczników, rozpuszczając kwaso-odporne formy takowych, lub przeszkadzając wytwarzaniu się dogodnych warunków, potrzebnych dla utrzymania się prątków w stanie kwaso-odpornym.

Jadowitość prątków z tego powodu nie zmienia się. — Tem łatwo objaśnia się, że w gruczołach chłonnych znajdowano laseczniki kwasoodporne, podczas gdy w odpowiedniem źródle tego t. j. w spróchniałym zębie takowych nie znaleziono. Przypuszczać należy, że w rozpadłych masach zęba laseczniki prawie straciły swój stan kwas-odporności, lecz po wywędrowaniu do gruczołu, przy odpowiednich dla jego rozwoju warunkach, takowy znów odzyskały. Meyer wnioskuje, że bardzo możliwem jest, że łatwo widzialne (barwnikowo) laseczniki przetwarzają się w barwnikowo mało widzialne ziarenka Mucha.

Nie zawsze jednak rozpadłe masy zęba spełniają swoją obronną rolę. Wtedy laseczniki przenikają dalej i napotykają na inną przeszkodę t. j. szyjno-szczękowe gruczoły. Wtedy mamy do czynienia z gruźliczem zapaleniem szyjnych gruczołów. Są to bezwzględnie objawy zewnętrznej gruźlicy zębnego pochodzenia i określa się je jako gruźlicę pierwotną. Miller twierdzi, że chroniczne zapalenie migdałków, które podług Permina należy odróżniać od tonsillitis gruźliczego charakteru, w licznych wypadkach jest jakby okresem przedgruźliczym. Miller utrzymuje, że większą część tych wypadków schorzeń gruźlicznych gruczołów dałoby się unicestwić zawczasu odkryciem i następnie usunięciem spróchniałego zęba.

Jeszcze w r. 1884 de Bois odrzuca możliwość *primaire tuberculose* jamy ustnej. Z tem zgadza się Fränkel. Lecz już w r. 1885 Schliferowitsch publikuje 90 podobnych wypadków. Że gruczoły te bywają gruźlicze, świadczą badania Schnepel'a (1871), Kocha (1882), Starcka (1896) i wielu innych.

Therre mówi o 3 wypadkach Starcka, 12 Petita, 1 Thiago-Margues i 1 własnym. Starck badał 100 dzieci (w Heidelburgu) z gruźlicą szyjnych gruczołów; w 41 wypadkach za jedyną przyczynę należało uznać próchnicę zębów.

Dwie drogi są do przenikania lasecznika z zęba w gruczoły: system limfatyczny i krwionośny.

Że drogi limfatyczne zęba istnieją, dowiodły badania Boedeker'a, Schweitzera, również Corner'a. Wallow twierdzi, że miazga nie po-

siada naczyń limfatycznych, lecz tkanka nad wierzchołkiem korzenia posiada takowe. Laseczniki, wywołując ropień lub nekrozę wierzchołka, następnie przedostają się do dróg limfatycznych. Waldeyer i Schweitzer ustalili, że naczynia limfatyczne miazgi po wyjściu z zęba wchodzą w 3 grupy gruczołów: przednią, średnią i tylną, a praca Partsch'a, określając dokładnie gruczoły, odpowiadające temu lub innemu zębowi, utrwala pogląd, według którego lasecznik przedostaje się do gruczołów chłonnych drogą naczyń limfatycznych i wskazuje jednocześnie dokładnie bramę wejściową dla tegoż. Studja Küttnera jeszcze więcej pogłębiły wiedzę naszą w tym kierunku.

Również drogą naczyń krwionośnych może lasecznik przedostać się do gruczołów chłonnych, lokalizując się w miejscu *minoris resistentae*. Jest to możebne, lecz mało wiarygodne (Therre), ponieważ Petit znajdował nieraz ogniska gruźlicze w gruczołach, połączonych z zębami spróchniałemi, jednocześnie sąsiednie gruczoły były w stanie zadawalniającym. W każdym razie gruźlicze zapalenie gruczołów szyjnych jest pierwotną (miejscową) gruźlicą gruczołów często pochodzenia zębowego.

Nieraz ogniska gruźlicze, przenikając przez zęby, lokalizują się w kościach, przylegających do zębów i są w tym wypadku zjawiskiem wtórnem. Gruźlica szczęki, tworząca się w sposób taki, objawia się w postaci:

1. Zapalenia części korowej, zapalenia szpiku kostnego z ropniem lub przetoką z wyjściem przez skórę. Z literatury wiemy o wypadkach, opublikowanych przez Michel'a, Zilza, Therre'a.

2. Częściej infekcja gruźlicza za punkt wyjścia ma zębodół i ogółem wziąwszy jest komplikacją ekstrakcji u osób chorych (lub nie) na gruźlicę. Stark opublikował 8 wypadków, z których w pięciu pierwotne ognisko infekcji znajdowało się w obrębie wyrostka zębodołowego, a stąd przeniosło się na kości. W tych wypadkach histologicznie, bakterjologicznie, również szczepieniem ustalono rolę zębów. Podobnie znajdujemy martwicę szczęk, jako następstwo prócz gruźlicy, kiły, nosacizny, promienicy i wiądu (Szafran). — Jako komplikację, obserwujemy złamanie dolnej szczęki (Stark, Reich, Therre).

Często mamy do czynienia z gruźlicą dziąseł zębowego pochodzenia. Według Therre'a nie jest to właściwie osobna postać choroby, lecz finał choroby stanowiący dopełnienie obrazu klinicznego; może dopomóc również do stwierdzenia choroby i bywa nieraz skutkiem ekstrakcji (Ratki, Neumayer, Goure). Cały szereg autorów bakterjologicznie za pomocą szczepienia ustalił owrzodzenie dziąseł gruźliczego charakteru, dotyczy to również warg i policzków. — Tyle o gruźlicy pierwotnej.

Zęby spróchniałe mogą być przyczyną płucnej gruźlicy.

Ustaloną bowiem została łączność między zapaleniem płuc i odrą z komplikacją w postaci broncho-pneumonji a schorzeniami zębów (Bezançon i Griffon, Vernouill, Bosson). Eo ipso zrozumiałem być może powinowactwo między gruźlicą płuc a schorzeniami zębów.

W jaki sposób przedostaje się infekcja przez zęby do płuc? Może stać się to drogą limfatyczną i krwionośną.

Naczynia limfatyczne same są w stanie przyswajać najtwardsze części składowe. Że takie wchłanianie odbywa się, przekonywa w sposób naoczny to, że bliżej w systemie limfatycznym położone gruczoły mają dążność do nabrzmiewania. Częściej jednak gruczoły nie nabrzmiewają, prawdopodobnie dlatego, że drobnoustroje zatrzymują się tam niedługo, wędrują dalej. Oprócz tego widocznie tak prędko asymilują produkty sprawy zapalnej i drobnoustrojów razem, że nabrzmiewanie nawet nie następuje. (Plate, Weissenfels). Lasecznik przez zęby przenika w gruczoły podszczękowe, szyjne, tracheo-bronchialne, opłucną i płuca.

Według Therre'a: 1. System limfatyczny prędzej wciąga się w proces, jako objekt cierpienia. 2. Jest pierwszym etapem infekcji gruźliczej. 3. Schorzenia płuc często obserwujemy po stronie, gdzie istnieją chore zęby i gruczoły, a przebieg choroby jest powolny, ponieważ mamy do czynienia z infekcją *per continuitatem*. Prawdziwość tezy tej stwierdziły badania Boullanda (1897), Tarrade'a, co jednak nie zawsze zgadza się z obserwacjami klinicznemi, tem bardziej, że choroba nieraz nabiera charakteru ostrego, co świadczy, że idzie nie drogą limfatyczną. Pozostają oczywiście — drogi krwionośne, lecz badania kliniczne nie dały i w tym kierunku materjału do stanowczych twierdzeń. Więcej zasługują na uwagę przypuszczenia Baumgartena i Aufrechta, mianowicie: prątki gruźlicze przez zęby i migdałki idą do gruczołów, dalej zwykłą drogą w małe koło krwiobiegu, drogą mechaniczną zatrzymują się w rozgałęzieniach tętnicy płucnej i tam tworzą ogniska gruźlicze. Badania, przeprowadzone na zwierzętach, dały wyniki dodatnie. — Jest to próba połączenia limfatycznych i krwionośnych dróg, celem rozwiązania wyżej postawionego pytania.

Nie tylko zęby z głęboką próchnicą są przyczyną chorób gruźliczych: nieraz wklinione zęby, które jeszcze się nie wykłuły, drobne ubytki na powierzchniach od- i dośrodkowych, obumarcie miazgi, odwapnienie takowej etc.

Jednak mimo to, mimo że usta przedstawiają miejsce tak dogodne dla przenikania laseczników, mających tyle dróg wejściowych, połączonych z naczyniami krwionośnemi i limfatycznemi — gruźlicy jako skutku schorzeń zębowych, nie spotykamy tak często, jakby to przypuszczać można. — Dlaczego? O przyczynach można tylko domyślać się, a zapisać należy prawdopodobnie na rachunek chemo-taktycznych własności śliny, otoczenia jamy ustnej, leukocytów i drobnoustrojów jamy ustnej.

Na Congrés de la tuberculose 1888 wypowiedziane zostało następne zdanie: „Prawdopodobnie laseczniki zostają zaatakowane i zgładzone przez drobnoustroje, mieszczące się w ślinie i giną tu, wymagają bowiem nadzwyczaj dogodnych warunków. Dla tego gruźlica jamy ustnej jest stosunkowo rzadką".

Możemy się zgodzić z Cieszyńskim, który zaznacza, że „nie jest rzeczą stwierdzoną, czy zęby tak często są wrotami wejścia prątków gruźliczych, spotykamy bowiem często u chorych gruźliczych uzębienie zdrowe, względnie wszelkie ubytki próchnicowe wypełnione. Gdyby prątki gruźlicze dostawały się przez przewody zębowe do organizmu, musielibyśmy u chorych gruźliczych przeważnie spotykać w ustach zęby głęboko zni-

szczone próchnicą i liczne ziarniniaki, w których możnaby stwierdzić zmiany gruźlicze. Ziarenka Mucha, które często Zilz znajdował w zębach próchnicowych, nie są jednak dotąd ogólnie uznane jako formy inwolucyjne prątków gruźliczych".

Stan rzeczy, który wyświetliłem wyżej, nie przyczynia się jednocześnie do zbytniego optymizmu i kategorycznego odrzucenia badań Fischera i Möllera, jak to czyni Emmerich, Schottmüller i inni. Tylko nieustanne badania i studja pozwolą nam stwierdzić, gdzie są te niebezpieczne miejsca przenikania zgubnych laseczników gruźliczych.

Obecnie — jedyny sposób zapobiedz złemu — to szerzenie wiedzy i oświaty wśród ludu, propagowanie w rodzinie, armji, szkole higjeny jamy ustnej, ona bowiem, jak twierdzą zresztą wszyscy zgodnie, powinna być nie tylko środkiem zapobiegawczym, lecz także najważniejszym czynnikiem leczniczym w zwalczaniu strasznej plagi człowieczeństwa: gruźlicy.

Uznał to również kongres berliński w r. 1909, uchwalając następującą rezolucję: „Wprowadzenie szkolnych klinik dentystycznych jest główną kwestją międzynarodowej higjeny doby obecnej i najgłówniejszym czynnikiem w walce z gruźlicą".

(*Wykaz piśmiennictwa nie mógł znaleść umieszczenia z powodu braku miejsca*).

Wiadomości uniwersyteckie.

Profesor Riegner, kierownik oddziału protetycznego uniwersyteckiego zakładu dentystycznego we Wrocławiu, ustąpił ze swego stanowiska z powodu osiągnięcia wieku oznaczonego ustawą jako granica działalności profesorskiej.

Wspomnienia pośmiertne.

Dr. Bernard Wittlin, zmarł nagle w Kalsbadzie skutkiem udaru sercowego. Zmarły praktykował przed wojną przez szereg lat we Lwowie, ciesząc się wzięciem u publiczności i szacunkiem wśród kolegów.

† **Dr. Herman Kneschaurek.** Dnia 29. czerwca 1923 zmarł nagle wskutek nieszczęśliwego wypadku samochodowego. — Dr. Herman Kneschaurek, asystent naukowy uniwersyteckiego zakładu dentystycznego w Gracu. Zmarły zajmował się szczególnie roentgenografją dentystyczną i w tej dziedzinie ogłosił szereg poważnych prac. Dotyczyły one leczenia roentgenologicznego ziarniniaków szczytowych, tudzież używania środków kontrastowych przy wypełnieniach korzeniowych, celem ułatwienia kontroli roentgenograficznej. W tym celu wprowadził Kneschaurek w użycie koniuszki parafinowe z dodatkiem soli bizmutowych. Również był gorącym zwolennikiem kamfenolu przy leczeniu zakaźnych spraw okołowierzchołkowych.

† **Prof. dr. E. Becker** (Wrocław) zmarł nagle w Malmö, podczas podróży odczytowej po Szwecji. Był przez szereg lat asystentem Willigera w Berlinie, poczem habilitował się na podstawie pracy „O torbielach korzeniowych". Mianowany profesorem nadzwyczajnym dentystyki w Gryfji (Greifswald), przeniósł się w roku bieżącym do Wrocławia na katedrę opróżnioną przez ustąpienie Partscha. Był najmłodszym profesorem zwyczajnym dentystyki w Niemczech i rokował jak najlepsze nadzieje naukowe, które nagła śmierć przerwała.

DR. GUSTAW LIPPEL. WIEDEŃ.

NOWY APARAT DO ROBIENIA ZŁOTYCH KORON [1]).

Nouvel appareil pour faire des couronnes d'or. 52.90.

Zanim przystąpię do szczegółowego opisu aparatu, muszę zaznaczyć, choćby już w celu uniknięcia niepotrzebnej dyskusji, że podaję tylko nowy aparat, bez żadnych metod, którychby się trzymać niewolniczo musiano. Aparat mój jest jednostką pomocniczą dla siebie, której głównem zadaniem jest umożliwienie zrobienia korony nawet tym, którzy żadnych technicznych podstaw nie mają; każdy Kolega niech tej metody się trzyma, którą będzie uważał za najlepszą.

Ubytki w zębach uzupełniamy w dwojaki sposób: albo wypełnieniami, albo koronami. Rzeczą ordynującego lekarza jest rozstrzygnąć, który sposób w danym wypadku uważa za odpowiedniejszy. Zajmę się jedynie przedmiotem potrzebnym: przygotowaniem korony.

Przytem pominę sposób robienia koron z dwóch lub więcej części, które następnie lutowiem spojone tworzą pożądaną koronę, a zajmę się tylko koronami tłoczonemi z jednego kawałka blachy.

Pozwolę sobie na pytanie:

1. Jakie zalety mają korony tłoczone? i odpowiedzieć na nie:
   a) Jednolitość materjału.
   b) Uniknięcie zczernienia lutowia w miejscach spojenia dwóch części.
   c) Oszczędność materjału do ostatecznych granic bez szkody dla pacjenta.
   d) Oszczędzanie czasu i niepotrzebnych robót, jakiemi są: piłowanie, szlifowanie i gładzenie korony, gdyż użyta do tego celu blacha złota, określonej grubości znajduje się już wypolerowana w handlu.
   e) Dokładna kontrola technika odnośnie do wydanego mu na koronę złota z powodu braku nie kontrolowanych odpadków.

Zalety powyższe są najlepszą obroną na korzyść koron tłoczonych w porównaniu z koronami, z kilku części złożonemi.

2. Drugie pytanie: Czego żądać musimy od korony, aby idealnie odpowiadała wszelkim wymogom nauki?
   a) Dokładnego zgryzu.
   b) Dokładnego obejmowania szyjki zęba.
   c) Zachowania punktów stycznych z zębami sąsiedniemi.
   d) Wyglądu estetycznego.

Tylko więc te aparaty, służące do wyrobu tłoczonych koron uważać należy za dobre, które powyższym warunkom odpowiadają. Dlatego proszę patrzeć krytycznie na aparat przezemnie podany, czy naprawdę łączy

---

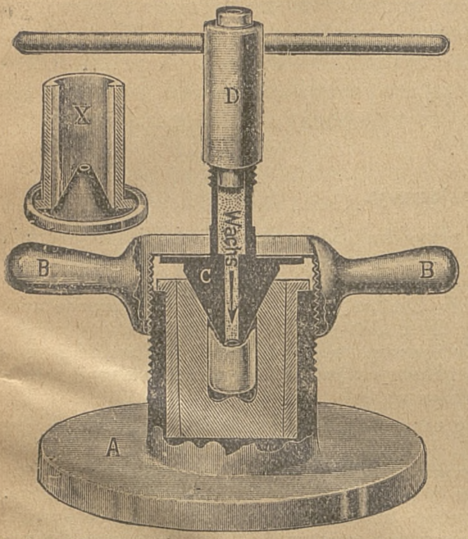
[1]) Wykład na Zjeździe lekarzy-dentystów we Lwowie dnia 26. lipca 1923.

w sobie powyższe zalety. Jeżeli tak, to wtedy jest znakomity i odpowiada zupełnie celowi, dla którego go stworzyłem, albo — nie odpowiada swemu zadaniu, wtedy i najprzychylniejsze przyjęcie nie potrafi mu zdobyć prawa bytu.

W ogólnych zarysach składa się mój aparat z następujących części:

1. Bronzowa forma złożona z dwóch części, a zawierająca negatyw odnośnego zęba. W negatywie tym umieszczamy złotą łuskę, wyciągniętą na jakimkolwiek aparacie (Sharp), poprzednio ogrzaną i powleczoną delikatną warstwą wosku.

To ostatnie stanowi nieodzowny warunek powodzenia pracy, gdyż w braku warstwy wosku łuska podczas wtłaczania do zagłębień ścian negatywu, wskutek powiększenia swej objętości tak mocno przylega do ścian foremki, że bez środka pomniejszającego tarcie, jakim jest w tym wypadku wosk, łatwo może uledz przedarciu.



Powyższa foremka zostaje złączona przy pomocy naśrubka *(B)* z

2. pompką hydrauliczną, wskutek czego wnętrze łuski tworzy ze światłem pompki jedną całość.

Pompkę wypełniamy woskiem (lub inną plastyczną masą), poczem przez wkręcenie tłoka wciskamy go do wnętrza łuski. Pod wpływem wysokiego ciśnienia, panującego w pompce poddaje się łuska naciskowi i przybiera postać odpowiedniego negatywu. Po tym zabiegu odkręcamy pompkę, formę rozkładamy na dwie części, poczem po wypolerowaniu korona gotowa jest do osadzenia. — Foremek rozmaitych negatywów jest przeszło 40, ich szyjki różnią się od siebie o $1/2$ *mm* tak, że lekarz może przy ich pomocy pracować indywidualizujaco.

Jeżeli chodzi o zupełnie dokładną pracę można gotową foremkę zastąpić własną, sporządzoną z łatwo topliwego metalu.

W tym celu bierze się odcisk danego zęba, n i e s z l i f u j ą c g o. Po wylaniu odcisku otrzymuje się pozytywną formę zęba z jego pierwotnemi formami i zgryzem. Nie potrzebuję dodawać, że ewentualne ubytki próchnicze należy w owym pozytywie gipsem uzupełnić.

Z gipsowego modelu wycina się zapomocą piłeczki powyżej opisany ząb, nieco niżej aniżeli linia dziąseł wskazuje. Nożykiem odskrobuje się gipsowe dziąsła tak długo, aż obwód szyjki ma żądaną miarę. (Miarę tę przedtem bierze się w ustach przy pomocy dentymetru). Tak przygotowany ząb gipsowy ustawia się na stożku (patrz ryc.) podobnym do tych, jakich używamy do robót lanych.

Przejście z modelu do stożka wypełnia się masą nietopliwą, jak moldyna, gips, kit szklarski i t. p.

Stożek wraz z modelem nakrywa się potem kiwetą nożykową (jest to mosiężna rurka, w której są dwie na przeciwległych ścianach przymocowane listewki, umożliwiające łatwe rozbicie formy) — i wylewa się ową kiwetę melotem lub podobnym metalem.

Po wydobyciu ostygłego melotu z kiwety i rozbiciu go na dwie połowy otrzymuje się najdokładniejszą formę negatywną dla danego zęba. Reszta postępowania jest zupełnie taka sama jak przy gotowych foremkach. Boć znowu mamy foremkę, tylko że w tym wypadku specjalnie zrobioną, w której mamy z danej łuski wytłoczyć koronę.

Teraz dopiero należy w ustach dany ząb szlifować tak długo ile potrzeba, aby koronę czy to szablonową, czy specjalnie sporządzoną w ustach dostosować.

Starałem się w tych paru słowach podać istotne właściwości mego aparatu, przyczem dodaję, że jego budowa i praktyczna wartość są wynikiem długoletnich doświadczeń i teoretycznych rozważań. A jeżeli Koledzy zdobędą przekonanie, że pracą moją przyczyniłem się do postępu na polu techniki dentystycznej, to będzie to dla mnie dostateczną nagrodą.

Ruch naukowy. 1.2.

Jubileusz Fauchard'a. W Uniwersytecie paryskim „Sorbonie" odbyła się 16. grudnia 1922 r. pod przewodnictwem ministra zdrowia Straussa uroczystość dwóchsetletniej rocznicy ukończenia rękopisu pierwszego podręcznika dentystyki: *Le Chirurgien-Dentiste* Piotra Faucharda. Dyrektor Paryskiej Szkoły Dentystycznej Jerzy Viau, przedstawił w wyczerpującym referacie szkic biograficzny ojca dentystyki francuskiej, który rozpocząwszy praktykę dentystyczną w czasie, kiedy wykonywali ją wyłącznie golibrodzi i szalbierze, potrafił wysiłkami swemi podnieść dentystykę na wyższy szczebel i rozpowszechnić przekonanie o ważnym wpływie chorób zębów na cały ustrój.

Studja swe odbył Fauchard u chirurga marynarki francuskiej Potelereta, który szczególnie się zajmował chirurgją jamy ustnej. Dodawszy do tej edukacji czterdziestoletnią własną praktykę, opartą na bogatem spostrzeganiu, umiał z dziwnym darem literackim opisać 103 chorób jamy ustnej i zębów i podać odpowiednie sposoby lecznicze. Dzieło jego zawiera ustępy dotyczące dentystyki zachowawczej, ortodoncji, chirurgji, wszczepiania, ropotoku, chorób odruchowo-nerwowych, anatomji zębów, patologji, farmakologji, wypełnień złotych, wykonania dostawek, zatykadeł i i.

Zrozumienie Faucharda dla ropotoku zębodołowego jest niezwykłe, a opis tej choroby nazwać można klasycznym. Leczenie, jakie polecał było — chirurgiczne. Był wielkim zwolennikiem higjeny ustnej i umiał ocenić jej doniosłość: „Brak dbałości o czystość zębów jest zwykle przyczyną chorób niszczących je". Znał szkodliwy wpływ ząbkowania na zdrowie dzieci i polecał przecinanie dziąseł, zalecając w okolicy siekaczy cięcie linijne odpowiednio do łuku zębowego, a w okolicy trzonowców cięcie krzyżowe.

Niektóre poglądy rozpowszechnione wśród publiczności pozostały równemi poglądom czasów Faucharda. Mówi on o przesądzie przeciwnym wyjmowaniu zębów w czasie ciąży, i zaleca wykonywanie wszelkiego koniecznego zabiegu jak najrychlej celem uniknięcia szkody, jaką dłuższe cierpienie i bezsenność przynieść może ustrojowi matki i dziecka: poronienie, przedwczesny poród, lub już po narodzeniu dziecka niekorzystny wpływ na jakość mleka.

Treść podręcznika Faucharda została przetłumaczona na język niemiecki i wywarła wielki wpływ na rozwój dentystyki we wszystkich krajach. Urodzony 1678, zmarł w zamku swym Grand Mesnil 1761. *A.*

(Dent. Cosm. 65, 1923. Nr. 8, p. 881).

LEK.-DENT. F. GOLDBERG-GÓRSKI. WARSZAWA.

LECZENIE ZŁAMANIA ŻUCHWY Z UBYTKIEM PRZEZ WYWOŁANIE SAMOISTNEGO TWORZENIA SIĘ MOSTKÓW KOSTNYCH[1]).

Traitement des fractures du maxillaire inférieur avec manque de substance consistant en la création de conditions necessaires pour le développement de traverses osseuses. 53.90; 50.50.

Przy przeglądaniu statystyki wyleczonych przypadków obrażeń żuchwy uderza nas przedewszystkiem dość pokaźna liczba braków zrostu kości, czyli t. zw. stawów wrzekomych.

Według statystyki Lindemana odsetek stawów wrzekomych żuchwy w jego szpitalu wynosi 12. — Ponieważ na 400 chorych Lindeman dokonywał 97 zabiegów przeszczepiania kości, odsetek braku zrostu wynosi w rzeczywistości znacznie więcej, gdyż dochodzi do 24.

Ertl, Arkövy i inni obliczają odsetek stawu wrzekomego na 20. Ten tak znaczny odsetek ma swoją uzasadnioną przyczynę. Wiadomo, że przy leczeniu obrażeń żuchwy wszyscy trzymali się uporczywie jedynej, ogólnej zasady, polegającej na tem, że przy ustalaniu odłamków uwaga cała zwrócona była przedewszystkiem na zachowanie anatomicznego kształtu żuchwy i prawidłowego jej stosunku do szczęki górnej, czyli dobrego zgryzu. — Na powstałą przestrzeń między odłamkami, z powodu mniejszego lub większego ubytku kostnego nie wiele zwracano uwagi. Było to, zdaniem mojem, jednym z powodów niezrastania się żuchwy.

Na zasadzie spostrzeżeń Lindemana i innych Euler podaje, że brak zrostu czyli staw wrzekomy żuchwy powodują:

1. Znaczny ubytek kości, powstały bezpośrednio po złamaniu;
2. ropienie między odłamkami;
3. zatrzymanie się tkanek miękkich i innych ciał w szczelinie śródodłamkowej;
4. tworzenie się z ziarniny między odłamkami twardej, powrózkowatej blizny;
5. niezdolność odłamków do wytwarzania kostniny;
6. spóźnione ustalenie odłamków;
7. wadliwe ustalenie i przedwczesne stosowanie wyciągów i
8. przedwczesne usuwanie odszczepów kostnych.

Klein i Pichler dodają zesztywnienie stawu żuchwoskroniowego. Nieraz przymiot może spowodować brak zrostu. — Miałem sposobność to spostrzedz u dwóch chorych, u których zrost odłamków żuchwy nastąpił dopiero po zastosowaniu leczenia swoistego.

Należy zauważyć, że większość przytoczonych przyczyn znana już jest oddawna i nic nowego do sprawy nie dodaje. Jednakże po przytoczeniu powyższego nasuwa się pytanie, jakie czynniki mogą istotnie wpłynąć na osiągnięcie niezawodnego zrostu kości szczękowej.

---

[1]) Odczyt wygłoszony na I. Polskim Naukowym Zjeździe lekarzy-dentystów we Lwowie dnia 24. lipca 1923.

Ertl twierdzi, że im większa jest płaszczyzna stykania się dwóch powierzchni odłamków kostnych tem szybszy i pewniejszy jest ich zrost. W myśl tego poglądu Ertl, przy przeszczepianiu płatów kostnych, stara się o stworzenie jak najszerszej płaszczyzny stykania się przeszczepu z końcami odcinków żuchwy. Wprawdzie zaleca autor i ścisłe połączenie obu brzegów okostnej, lecz na to mniejszy kładzie nacisk. Za słusznością poglądu Ertla przemawia praca Mac Ewena. Autor, na zasadzie własnych doświadczeń dowodzi, że okostna nie odgrywa, przypisywanej jej przez wszystkich, zasadniczej roli kostnotwórczej. Zdaniem Mac Ewena rozmnażanie się komórek kostnych zaczyna się naprawdę w samej istocie kostnej.

Z licznych doświadczeń tego autora, pozwolę sobie przytoczyć kilka zasługujących na większą uwagę. Mac Ewen usuwał z pochewki okostnowej, trzon kości sprychowej u psa i pomimo, że rurka okostnowa pozostała w związku z miękkimi tkankami i resztą kości, odrodzenie kości nie nastąpiło. Natomiast odłamki kości obnażone z okostnej i porąbane na drobne części, następnie wszczepione w ubytek zrastały się z kością.

Przeszczepiony przez autora płat okostnej do tkanek miękkich, nigdy tam kości nie wytworzył. Zamienił się tylko w zwykłą bliznę. — Wbrew temu faktowi Duram dowodzi, że jemu udało się przeszczepić taki sam płat, z którego wytworzyła się kość.

Wyjaśnienie, skąd biorą początek komórki kostnotwórcze, czy z okostnej, czy też z istoty kostnej, nie jest celem tego referatu, lecz na podstawie doświadczeń Mac Ewena i mnóstwa przykładów klinicznych można wyprowadzić wniosek następujący:

1. Okostna bez udziału kości nie jest obdarzona wyłączną własnością kostnotwórczą i kości sama odradzać nie może.

2. Natomiast kość, nawet obnażona z okostnej, może zrastać się z kością i wytwarzać nową istotę kostną.

Na podstawie powyższych badań jasnem się staje, że przy leczeniu obrażeń kości, a więc i żuchwy, nie tyle liczyć należy na zdolności kostnotwórcze okostnej, na co wszyscy kładą nacisk, ile na siłę odrodczą samej istoty kostnej.

Śmiało zatem twierdzić możemy, że tylko to podrażnienie istoty kostnej, jakie wywołujemy przez ścisłe stykanie się powierzchni złamań odłamków kostnych, jest głównym czynnikiem, czyli bodźcem wywołującym bujanie komórek kostnych, a tem samem zrost i odnowę kości, zaś tam, gdzie niema ścisłego przylegania lub choćby możliwego zbliżania odłamków kostnych, wysiłek komórek kostnotwórczych może nie wystarczyć na wypełnienie przestworu między odłamkami, lub też podrażnienie wytwórcze może być zbyt słabe. I to właściwie będzie jedną z przyczyn braku zrostu kostnego, czyli stawu wrzekomego. Dlatego też uważać należy, że jedynym bodaj warunkiem zrastania się żuchwy, jest ścisłe przyleganie końców odłamków do siebie. Ta zasada kierowała mną od początku mej pracy na oddziele stomatologicznym Warszawskiego Lazaretu Miejskiego.

Już wówczas przy leczeniu obrażeń żuchwy dążyłem przedewszystkiem do wzajemnego zbliżania odłamków. Świadczy o tem zbudowana przezemnie szyna ustalająca, za pomocą której można doprowadzić końce

odłamków do zupełnego i stałego zetknięcia. Rysunek i opis tej szyny znajduje się w Pamiętniku Warszawskiego Lazaretu Miejskiego 1917.

Pomimo dobrego wyniku otrzymanego przy pomocy tej szyny w 168 przypadkach obrażeń żuchwy, w okresie od r. 1914 do sierpnia 1915 r. trudno mi orzec z całą ścisłością, czy we wszystkich ciężkich przypadkach ze znacznym ubytkiem kostnym nastąpił zrost zupełny, czy też zdarzały się i braki zrostu.

Nie we wszystkich bowiem przypadkach mogłem przeprowadzić leczenie aż do zupełnego wyzdrowienia, gdyż chorzy, z racji zbliżania się Niemców byli wywożeni do Rosji. Jednakże korzystałem z możności poddawania każdego chorego badaniu roentgenograficznemu i we wszystkich lżejszych przypadkach mogłem stwierdzić zupełny zrost kostny, zaś w bardzo ciężkich rozpoczynającą się konsolidację.

Jeszcze w Lazarecie Miejskim powziąłem myśl, ażeby przez zbliżenie odłamków żuchwy do ścisłego przylegania doprowadzić do pewniejszego zrostu nie uwzględniając skrzywienia żuchwy z powodu ubytku. — Następnie zamierzałem bliznę kostną rozciągać za pomocą odpowiedniego przyrządu, sporządzonego na wzór stosowanych w ortopedji szczęk i tym sposobem przywrócić łukowi szczękowemu kształt prawidłowy. Zamiaru swego nie zdążyłem wówczas w czyn wprowadzić, z racji przejścia Lazaretu w ręce niemieckie.

Sposób ten zacząłem stosować dopiero od maja 1920 r. na oddziele stomatologicznym Szpitala Mokotowskiego. Wówczas skierowany został na oddział chory z nieprawidłowo zrośniętą żuchwą. Nieprawidłowość powstała z tego powodu, że wobec ubytku podbródkowej części trzonu wraz z trzema siecznymi zębami boczny sieczny prawy znajdował się obok kła lewego, lecz o pół korony powyżej od niego, wskutek tego zęby odcinka lewego nie stykały się z zębami szczęki górnej, zaś niektóre zęby odłamka prawego natrafiały zaledwie brzegami policzkowemi na brzeg podniebienny zębów górnych prawych. Łuk szczękowy był ostry, spiczasty. Dolna część twarzy zwężona, o wyglądzie ptasim. Rozszerzenie łuku szczękowego trwało nie całe dwa miesiące. Żuchwa przybrała kształt prawidłowy, zgryz unormował się, zaś między odłamkami, wytworzył się mostek kostny, na przestrzeni brakujących trzech zębów siecznych. Wynik potwierdził roentgenogram. Zachęcony tym wynikiem zacząłem już wszystkie przypadki uszkodzeń żuchwy leczyć w ten sposób, że przedewszystkiem dążyłem do utrzymania odłamków kostnych we wzajemnem zetknięciu bez względu na wielkość ubytku. Dopiero po zrośnięciu się odłamków przystąpiłem do przywrócenia żuchwie kształtu prawidłowego, rozciągając bliznę kostną. Za każdym razem miałem możność stwierdzenia, że między odłamkami wytworzył się mocny mostek kostny. Każdy przypadek sprawdzany był bądź za pomocą zdjęcia roentgenograficznego, bądź też prześwietlania.

Przy stosowaniu tego sposobu brak zrostu czyli staw wrzekomy na oddziele stomatologicznym Szpitala Mokotowskiego należy już do rzadkości. Dla ścisłości zaznaczam, że podobną myśl powziął również Euler, nie wiem jednak, czy ją w czyn wprowadził.

Łatwo zrozumieć, że w przypadkach ubytku połowy lub nawet prawie całego trzonu żuchwy, sposób ten nie może być z pożytkiem zasto-

sowany. W podobnych przypadkach i przeszczepianie nie daje zupełnie pewnego wyniku. Odnośnie do danych liczbowych, na 243 przypadków obrażeń żuchwy, z pośród których prawie co trzeci okazał się z większym lub mniejszym ubytkiem kości, leczonych w Szpitalu Mokotowskim od 1919 r. do dnia dzisiejszego zanotowałem wszystkiego 7 przypadków braku zrostu. Z tych 3 z powodu zniszczenia około 3/4 trzonu, 2 jednej połowy trzonu, 1 z powodu przeszkody ze strony środkowego odcinka kostnego i 1 z przyczyn nie wytłumaczonych.

Jednakże ten pierwszy dał się opanować. Przypadek ten przytaczam: Kap. B. przybył na oddział stomatologiczny z postrzałowem strzaskaniem prawej części trzonu żuchwy. Obrażenie od siekacza środkowego, lewego do trzonowca pierwszego prawego. Otwór wylotu pocisku obejmował okolicę lewej części żuchwy od kła do trzonowca drugiego. Otwór ten o brzegach nierównych, zgrubiałych i ziarninujących prowadził do jamy ustnej. Koniec odcinka prawego był obnażony z okostnej, suchy i sinawy. Między odłamkami prawym i lewym wisiał na dziąśle odłamek wyrostka zębodołowego, w którym zachowały się oba zęby sieczne i kieł prawy. Odłamek ten był wywrócony w stronę języka. Ustaliłem go jednak między obu odcinkami żuchwy, części miękkie zrosły się dobrze. Co się zaś tyczy żuchwy — odłam środkowy zrósł się wprawdzie z odcinkiem lewym lecz z przyczyn łatwo zrozumiałych zrost z odcinkiem prawym nie nastąpił. Po sześciu miesiącach, przeszczepiono w ubytek blaszkę kostną korową z piszczeli.

Po dwóch tygodniach, kiedy rana pooperacyjna była już zabliźniona stwierdziłem za pomocą roentgenogramu, że przeszczep zesunął się ku dołowi i z tego powodu zawiódł.

Po czterech miesiącach dokonano przeszczepienia z piszczeli drugiej nogi. I ten przeszczep również nie przyjął się, pomimo, że przebieg gojenia się rany pooperacyjnej nie pozostawiał nic do życzenia. Widząc, że na przeszczep już dalej liczyć nie mogę, z konieczności zbliżyłem do siebie oba świeże jeszcze końce odłamków żuchwy. Zabieg ten został wykonany w dwa tygodnie po autotransplantacji. Po trzech miesiącach miałem możność za pomocą roentgenogramu stwierdzić znacznie posunięty zrost kostny. Ślady przeszczepu były jeszcze widoczne na 1/2 *cm* poniżej dolnego brzegu żuchwy. Rzadki ten wynik jeszcze raz przemawia za tem, że doprowadzenie odłamków do ścisłego zetknięcia nigdy nie zawodzi.

Na uwagę zasługuje jeszcze przypadek następujący: Inwalida F. przybył na oddział z ubytkiem podbródkowej i lewej części trzonu żuchwy. Ubytek dochodził do 5 *cm*. Podczas wykonywania przeszczepienia płata kostnego, wypadkowo zraniona została lewa tętnica żuchwowa zewnętrzna. Tętnica została podwiązana. — Czwartej nocy jednak nastąpił krwotok, który dał się opanować przez zwykły ucisk. Pod zeszytą skórą, tuż nad miejscem połączenia przeszczepu z odcinkiem lewym, utworzył się guz krwawy rozmiaru jabłuszka polnego. Krwiak wessał się, lecz przeszczep zrósł się tylko z odcinkiem prawym, zaś z lewym, z którym z racji krwotoku, a może i ucisku płat utracił zetknięcie, zrost nie nastąpił.

Streszczając, pozwalam sobie podkreślić następujące:

1. Przy leczeniu obrażeń żuchwy, jednym z głównych warunków zrostu kostnego jest ściśle przyleganie do siebie odłamków kostnych.

2. Tylko to drażnienie, jakie wywołujemy przez utrzymanie w stałem zetknięciu odcinków kostnych, pobudza komórki kostne do bujania i wytwarzania kostniny.

3. W wytwarzaniu kostniny rola okostnej jest conajwyżej drugorzędna i na nią zbyt wiele liczyć nie możemy, spostrzeżenia moje przemawiają za wnioskiem Mac Ewena, że komórki kostne rodzą się z kości.

4. Świeża kostnina, ze względu na swoją rozciągliwość i miękkość, daje się z łatwością rozciągać.

5. Własność ta kostniny pozwala nam na stworzenie dosyć długiego mostka kostnego między odłamkami.

Wobec tego dążenie do osiągnięcia niezawodnego zrostu żuchwy kosztem chwilowego zniekształcenia łuku szczękowego jest zupełnie uzasadnione, tembardziej, że skrzywiona żuchwa daje się łatwo doprowadzić do kształtu prawidłowego za pomocą wyciągu.

Za skutecznością podanego sposobu przemawia właśnie to, że — jak już zaznaczyłem — w ciągu trzech lat ostatnich prawie wszystkie przypadki obrażeń żuchwy z mniejszym lub nawet większym ubytkiem kończyły się zupełnym zrostem.

Rozciąganie łuku szczękowego nie natrafia na znaczniejsze trudności i zawsze być przeprowadzone z dobrym wynikiem. Przy tych zabiegach przekonywałem się, że im bliżej środka żuchwy nastąpił zrost, tem łatwiej bliznę kostną można rozciągać. W miarę oddalania się od środka, sprawa idzie oporniej, najoporniej w pobliżu kąta żuchwy. Rozciągania blizny kostnej kąta żuchwy nie dokonywałem.

Dwa tylko przypadki zaliczam do nieudanych. Złożyły się na to pewne przyczyny. W jednym przypadku, krzywo zrośnięta żuchwa, pomimo zastosowania dosyć silnego wyciągu przez cztery miesiące nie dała się doprowadzić do kształtu prawidłowego. Powodem był nieuzębiony odcinek lewy, do którego chory nie zgodził się na zastosowanie gwoździa. Przyznaję, że na skuteczność gwoździa sam nie wiele liczyłem, gdyż odcinek był dosyć krótki, zaczynał się w pobliżu kąta żuchwy, miał więc cienką istotę korową i przypuszczalne zmiany sklerotyczne.

Drugi nieudany przypadek jest następujący: W r. 1922 przybył do Szpitala Mokotowskiego szereg. R., który podczas ćwiczeń w strzelaniu uległ strzaskaniu podbródkowej części trzonu żuchwy i zranieniu prawej dłoni. Chory podaje, że przez pewien czas leczony był w Szpitalu wojskowym we Lwowie. Chory szczupły, wzrostu średniego, blady i widocznie wycieńczony.

Ubytek podbródkowej części żuchwy od pierwszego dwuguzkowca prawego do pierwszego trzonowca lewego. Wystająca w jamie ustnej obnażona powierzchnia złamania odcinka prawego, sucha i pokryta cienkiem, brunatnem nawarstwieniem. Na podbróbku trzy przetoki okrążone ziarniną. Na szyji tuż za prawem uchem głęboka na 3 *cm* rana, rozmiaru i kształtu śliwki, brzegi rany zwiotczałe. Z przestworu śródodłamkowego w jamie ustnej, przetok i rany obfite ropienie. Po usunięciu luźno leżących między odłamkami martwiaków i pocisku z głębi rany na szyji, ropienie ustało, przetoki i rana zabliźniły się. Wtedy przystąpiłem do ustalenia odłamków w możliwie wzajemnem przyleganiu ich końców do siebie. Po trzech miesiącach stwierdziłem za pomocą zdjęcia roentgenogra-

ficznego rozpoczynający się zrost kostny. Wtedy, ze względu na rozmiar ubytku przystąpiłem do wcześniejszego zastosowania wyciągu. Trudno mi orzec, czy z powodu słabego jeszcze zrostu, czy też zbyt silnego wyciągu słabej jeszcze blizny kostnej, ciągłość żuchwy została przerwana. Do ponownego zrostu doprowadzić mi się już nie udało i chory musi być poddany zabiegowi przeszczepienia kości. Przebieg leczenia sposobem powyżej opisanym, trwa od sześciu do ośmiu miesięcy.

Mianowicie: ustalanie odłamków żuchwy aż do zrostu — sześć do ośmiu tygodni, doprowadzenie kości do kształtu anatomicznego — jeden do dwóch miesięcy, zaś ustalanie ukształtowanej już żuchwy dwa do trzech miesięcy.

W zestawieniu z przeszczepianiem kości, przy którem przebieg wgajania i zupełnego zorganizowania się przeszczepu trwa znacznie dłużej, sposób podany ma znaczną przewagę. Przy pomocy tego sposobu trudności leczenia ciężkich obrażeń żuchwy będą do pewnego stopnia opanowane i można żywić nadzieję, że liczba przypadków niezrastania się kości zmaleje.

(Referent przedstawił szereg roentgenogramów i odlewów gipsowych, ilustrujących podany przez niego sposób leczenia obrażeń żuchwy).

DYSKUSJA.

Mowca: lek.-dent. *Spiżewski (Poznań).*

Szan. prel. Goldberg ogranicza się prawie we wszystkich wypadkach do zbliżania fragmentów i późniejszej ekspanzji, tej metody, którą propagują niestety prawie wszyscy starsi chirurdzy. My musimy dążyć do ustalenia łuku dolnego w takiej szerokości, która przybliża się do idealnego stanu okluzyjnego, więc w takich wypadkach zakończyć leczenie osteoplastyką.

Mowca: lek.-dent. *Mokrzycki (Warszawa).*

Widząc prawie wszystkie przytoczone przypadki złamań żuchwy ze znacznym zniszczeniem jej trzonu, zauważyłem, że nowo wytworzony mostek kostny przybierał prawie zupełnie kształt tego odcinka żuchwy, który uległ strzaskaniu; energja witalna powstającej tkanki nowej była w stanie nadać odrastającemu fragmentowi jego poprzedni kształt. Co do szyny ustalającej prof. Barącza, to jest ona systemem extra-oralnym; obecnie zaś zauważyć muszę, dąży się, zwłaszcza gdy są jeszcze zęby zachowane, do ustalenia złamania żuchwy za pomocą szyn intra-oralnych.

Lek.-dent. *Goldberg-Górski* (zakończenie).

Szan. Prof. Barączowi: projektowana przez Niego szyna jest już oddawna znana. Jest ona pomysłu Kingsleya i w niektórych przypadkach bywa z korzyścią zastosowana.

Szan. Prof. Wildze: miło mi usłyszeć w dyskusji potwierdzenie praktycznej wartości i możliwości wykonywania podanego przezemnie zabiegu. Nie przeczę, że okostna ma duże znaczenie przy zrastaniu się ko-

ści, lecz bardziej w kierunku odżywiania tkanki kostnej, niż kostnotwórczym. Szyna, której rysunek tu panowie widzieli, jest ustalającą, a nie rozciągającą.

Koledze Spiżewskiemu: jak to widać z odlewów gipsowych żuchwa daje się rozciągać znacznie więcej niż $1^1/_2$ *cm*. Rozciągania żuchwy w czasie ropienia między odłamkami nigdy nie przeprowadziłem, choćby z tej prostej racji, że dopóki ropienie między odłamkami jeszcze trwa, zrost kości nastąpić nie może.

JUBILEUSZ PROF. DR. JAKÓBA BERTENA 1898—1923. 1.2.

Prof. dr. Jakób Berten obchodził w Monachjum dnia 13. października 25-letni jubileusz pracy swej na katedrze chirurgji stomatologicznej. Już jako młody lekarz praktyczny w mniejszem mieście w Bawarji wyrobił sobie wielką praktykę, zdobywając także sławę w okolicy nadzwyczajną zręcznością przy wyjmowaniu zębów. Dr. Berten udał się później na studja dentystyczne do Lipska i Berlina, gdzie się poznał i kształcił wspólnie z ś. p. dr. Andrzejem Gońką, późniejszym docentem Uniwersytetu lwowskiego.

Po ukończeniu specjalizacji osiadł Berten w Wyrcburgu, gdzie habilitował się w stomatologji. — W roku 1898 powołany został jako organizator i dyrektor Instytutu dentystycz. Uniw. monachijskiego, obejmując przytem Katedrę chirurgji stomatologicznej. Prace jego naukowe dotyczą przedewszystkiem badań nad niedokształceniem szkliwa (praca habilitacyjna), oznaczaniem okresu wyrzynania się zębów, nad zatrzymaniem zębów, techniką operacyjną i mechaniką budowy kleszczy ekstrakcyjnych. Na szczególną uwagę zasługuje skonstruowana przez niego dźwignia prosta i koziastópka, noszące jego nazwisko, oraz kleszcze do wyjmowania dwuguzkowców, górnych i dolnych.

Ze szkoły Bertena wyszło setki uczniów, wielu doskonałych praktyków, oraz kilku pracowników naukowych: ś. p. prof. dr. H. Ahrens (Heidelberg), prof. dr. Bruhn z Dyseldorfu, prof. dr. A. Cieszyński, prof. dr. Alfred Kantorowicz (Bononja), prof. Reinmöller (Erlangen). — Wolny od osobistej małostkowości i nienawiści politycznych popierał chętnie każdego, który wykazywał zamiłowanie do pracy naukowej, nie krępując indywidualnego rozwoju myśli twórczej.

Metody operacyjne prof. Bertena i poglądy jego naukowe przeszczepione zostały na ziemie polskie przez ucznia jego, przedstawiciela Katedry lwowskiej.

Uczniowie jego i przyjaciele wydali z okazji jubileuszu Księgę pamiątkową, która jubilatowi została wręczoną podczas uroczystości. Prof. A. Cieszyński, nie mogący wziąć osobistego udziału w uroczystości, przesłał mu adres, który został odczytany na uroczystości jubileuszowej, załączając zbiór prac swoich z dedykacją. — Towarzystwo lekarzy-dentystów wschod. małopolskich przesłało prof. dr. Bertenowi telegram gratulacyjny.

Życzenia dalszej owocnej pracy dla dobra nauki przesyła Czcigodnemu Jubilatowi Redakcja *Polskiej Dentystyki*.

Sprostowania: W nr. 9-tym *Polska Dentystyka* na str. 457 i 465 zamiast *F. Gombiński*, Wspólna 51.
J. Gombiński, plac Żelaznej bramy 1.

W nr. 9-tym *Polskiej Dentystyki* na str. 456 powinien brzmieć ustęp 6. w rubryce Wystawa przemysłowa (Listy pochwalne z uznaniem i wyróżnieniem): „Dentos", Warszawa, Marszałkowska 125. Właściciele: *Helena Szejnmanowa* i inżynier *Leon Szejman*. Zastępcy firm: *Emil Krüger* w Łodzi, firmy wydawniczej *Hermann Meusser* w Berlinie, oraz zastępcy fabryki przenośnych wiertarek elektrycznych „Ideal".

Oceny książek.

Prof. dr. med. Williger (Berlin). Chirurgja dentystyczna. (Zahnaerztliche Chirurgie. — Nakł. dr. W. Klinkhardt. Lipsk 1923, 5-te wydanie przejrzane i powiększone, 173 rycin w tekście, 10 tabl.).

W porównaniu z wydaniami poprzedniemi okazuje ostatnie wydanie znanego podręcznika Willigera wielki postęp; objętość tekstu zwiększona: 204 stronic (dawniej 142), rycin 173, (dawniej 114), ilość rozdziałów również większa.

Obejmują one: I. Badanie jamy ustnej.

II. Ogólny wykład o operacjach w jamie ustnej, a mianowicie:

1. Przygotowania. 2. Narzędzia. 3. Opatrunki. 4. Leki.

III. Choroby zębów i jamy ustnej ważne pod względem chirurgicznym:

1. Próchnica i jej skutki. 2. Tak zwany ropotok zębodołowy (*atrophia alveolaris*). 3. Urazowe uszkodzenia zębów. 4. Nieprawidłowości ustawienia zębów. 5. Zęby zatrzymane. 6. Torbiele. 7. Inne niezłośliwe guzy w jamie ustnej. 8. Nowotwory złośliwe (nowy ustęp). 9. Promienica. 10. Znaczenie chirurgiczne zębowania. 11. Za palenia śluzówki ustnej. 12. Choroby dziąseł. 13. Gruźlica śluzówki ustnej. 14. Kiła ustna. 15. Wiąd rdzenia. 16. Zapalenie zatoki szczękowej. 18. Ogólne praktyczne uwagi lecznicze. (Ustępy 12, 13, 14, 15 i 17 są nowe).

Rozdział IV. Szczegółowa chirurgja dentystyczna obejmuje:

1. Znieczulenie ogólne i miejscowe. 2. Krwawe usuwanie zębów. 3. Usuwanie pojedyńczych zębów. 4. Wydłutowanie zębów. 5. Leczenie chirurgiczne t. zw. ropotoku zębodołowego. 6. Przykre wypadki. 7. Krwawienia. 8. Leczenie następowe ran w ustach. 9. Krwawe prostowanie zębów (*Redressement forcé*). 10. Odcięcie wierzchołka korzenia. 11. Przeszczepianie. 12. Wszczepianie. 13. Ropnie i ropówki. 14. Usuwanie martwiaków. 15. Leczenie torbieli. 16. Wyłuszczanie małych niezłośliwych nowotworów. 17. Leczenie promienicy. 18 Leczenie ropienia zatoki szczękowej. 19. Leczenie nerwobolu twarzowego. 20. Zwichnięcie żuchwy. — (Ustępy 5, 12 i 18 są nowe).

Wykład pozostał ten sam, co i dawniej: zwięzły, jasny, poglądowy; zwiększona liczba ilustracji ułatwia doskonale zrozumienie tekstu. Przedstawienie guzów jamy ustnej wzorowane jest na chirurgji ogólnej Bockenheimera. Wyjęcie zębów zapomocą kleszczy i dźwigni jest szczegółowo opisane i ilustrowane licznemi rycinami ze szczególnem uwzględnieniem ulubionego sposobu W. usuwania dolnych zębów górnemi kleszczami.

Ustęp o chirurgicznem leczeniu ropotoku przedstawia w ogólnych zarysach sposób R. Neumanna — ucznia W. Nowy ustęp o leczeniu ropienia zatoki szczękowej traktowany jest dość pobieżnie.

Abecadłowy spis rzeczy zamyka tę pożyteczną książkę, której szata zewnętrzna pod względem papieru i wykonania typograficznego zupełnie nie ustępuje wydaniom przedwojennym. *Allerhand.*

L'orthodontie francaise (8-ka, 142 str. 85 ryc.). Wydawnictwo czasopisma lyońskiego *La Province dentaire*. Cena 10 fr.) zawiera sprawozdanie Towarzystwa dla ortopedji zębów i twarzy za lata 1921 i 1922. Na wstępie omawiane są zadania ortodoncji we Francji, oraz zagadnienia domagające się rozwiązania. Prace Harwooda i Quintero'a zawierają przypadki ortodontyczne z praktyki. Nevrezé opisuje aparaty, oraz sposób wykonywania opasek zębowych.

Frey zajmuje się sprawą etjologji nieprawidłowości szczękowych.

Dreyfus opisuje sposób rozpoznawczy opierający się na pomiarach kośćca twarzowego przy pomocy nowego przyrządu „diagnoskopu".

Chapman opisuje w dwóch bardzo treściwych artykułach dobrze ilustrowanych swój sposób obracania zębów bez opasek, tudzież sposób ustalania również bez opasek. Inną nowością jest leczenie nieprawidłowości szczękowych zapomocą ćwiczeń mięśniowych, przedstawione obszernie przez Izarda wraz z przytoczeniem dotyczących przypadków. Tenże ogłasza referat dokładny o wyborze orjentacyjnej płaszczyzny poziomej w ortodoncji. Po tych rozdziałach, poświęconych więcej teorji następują strony poświęcone więcej praktyce, i tak „równia pochyła" (Darcissac), stały aparat ustalający bez wymiażdżania zębów (Stuhl); kilka uwag o równowadze stawowej w leczeniu nieprawidłowości szczękowych (Villain); technika wykonywania łuku przez podniebienie (Quintero); kilka sposobów użycia łuku językowego Mershona i nowy paralelometr (Nevrezé); wreszcie artykuł o leczeniu nieprawidłowości zębów u dzieci (Villain), tudzież studjum oparte na licznych pomiarach czaszek kopalnych i współczesnych, oraz na porównaniu wymiarów łuku zębów mlecznych i łuku zębów stałych u człowieka (Siffre).

Zanalizowanie nawet krótkie tych wszystkich artykułów jest niemożliwe w krótkiem sprawozdaniu, lecz nazwiska większości autorów są dostatecznie znane, by być poręką zainteresowania, wywołanego temi artykułami; w tym jednym tomie są połączone nowe prace kilkunastu autorów, starających się o wniesienie światła w dość jeszcze ciemną dziedzinę nieprawidłowości szczękowych.

Praca wspomniana jest do nabycia po cenie 10 fr. u p. H. Villain, Paryż VIII. 10, rue de l'Isly.

Wiadomości bieżące.

Wystawa przemysłowa na I. Naukowym Zjeździe lek.-dent. we Lwowie 1923 r. — Znana firma Światłowski (Warszawa) wystawiła, prócz narzędzi, materjałów, oryginalnych kleszczy i dźwigni dra Meissnera, dyrektora Państwowego Instytutu Dentystycznego, kiwety do obturatorów własnego wyrobu, „Dens" fotele, wiertarki, stojaki, szlifierki własnego wyrobu, Krueger (Łódź) fotele do narkozy, szlifierki, tłocznie, stojaki uniwersalne własnego wyrobu, „Dentos": wiertarki przenośne, lampy o dziennem świetle, wytwory polskiej fabryki chemicznej „Karbinol", przedewszystkiem chlorek etylu, nie ustępujący preparatom zagranicznym, firma Galla (Katowice) fotele „Dominator", odznaczające się łagodnem podnoszeniem i opuszczaniem, lampę o świetle dziennem „Eureka" do doboru barw i operacji, urządzenia kombinowane „Unit", przybory elektryczne, jak wiertarki na ramieniu nożycowem z popędem sznurowym, aparaty do ciepłej wody, szafki, „Radiolux" do leczenia chorób dziąsła arsonwalizacją, wyjaławiacze elektryczne, różnych systemów, wiertarki przenośne, lampy czołowe, modele i tablice poglądowe, wiedeńska firma Trintscher wystawiła prócz innych przyborów zęby najnowszego typu „Saxonia", z lwowskich firm „Serovac" szczepionki buljonowe według prof. Delbeta własnego wyrobu. Będkowski meble operacyjne aseptyczne własnego wyrobu. Pechaty wyjaławiacze i lampy spirytu-

sowe, tudzież miski i spluwaczki mosiężne niklowane własnego wyrobu. Lwowska składnica dentystyczna M. Artelt, przedstawicielka światowej wytwórni C. Ash. Sons et Co w Londynie, wystawiła fotele, spluwaczki, stoliki, modele, książki, przyrząd do szybkiego wytłaczania koron dr. Lippla, tudzież aseptyczny stojak na świderki, wyjaławiacz miniaturowy, przybory do wyjaławiania i tamowania krwawień. Pracownia precyzyjno-mechaniczna R. Christa wystawiła prócz pomysłowego kranjosoisu dra Siengalewicza, szlifierki, ogrzewacze wody, kotły, pantostaty. Wytwórnie złota dentystycznego, Beer i Acht, złoto i platynę do celów dentystycznych; z krajowych amalgamów, tak szeroko w dentystyce rozpowszechnionych wymienić należy amalgamy Beera i Berenta. Firma Leiblowicz z Krakowa wystawiła kompletne urządzenia dentystyczne od wielkich mebli aż do najdrobniejszych szczegółów urządzenia dentystycznego pod względem aparatów, narzędzi i materjałów. Zwłaszcza zasługują na wymienienie krzesło „Wyzwolenie“, modyfikacja aparatu Solbrig-Placzik do lania złota, aparaty do wyrobu koron złotych i in.

Urządzenie afinerji złota. Podczas I. Naukowego Zjazdu lekarzy-dentystów mieli uczestnicy Zjazdu sposobność zwiedzenia urządzenia afinerji złota firmy lwowskiej Achta i zapoznanie się ze sposobami oczyszczania odpadków złota.

Istnieją do tego celu specjalne urządzenia: w wielkim młynie, składającym się z dwóch kół obracających się dookoła własnych osi, tudzież równocześnie dookoła osi długiej całego aparatu, miele się odpadki pracowniane poprzednio wypalone w piecu celem spalenia części organicznych. Miał uzyskany w ten sposób sieje się przez sito automatycznie równocześnie z młynem poruszane, przyczem grudki większe, zawierające złoto, pozostają na sicie, a miał drobniejszy zbiera się do worków, celem późniejszego spalenia w piecu hutniczym i uzyskania w ten sposób całej zawartości szlachetnych metali w nim zawartych. Pozatem mieli uczestnicy Zjazdu sposobność oglądnięcia w afinerji szeregu nowoczesnych urządzeń, służących do wyrobu złota, nadającego się do celów dentystycznych, n. p.: walców elektrycznie pędzonych trojakiego rodzaju: do drutu, do blachy i do nadawania połysku, pieców kupelacyjnych, w których się spala odpadki złota w miseczkach z kości palonej z dodatkiem ołowiu celem oddzielenia tlenków zanieczyszczających, pieców do topienia złota ogrzewanych koksem, w których topi się złoto w tyglach szamotowych lub grafitowych, tudzież wzorowo urządzonego laboratorjum analitycznego wyposażonego we wszystkie urządzenia wymagane przez współczesną metalurgję i dającego możność uzyskania metali szlachetnych w stanie bezwzględnej chemicznej czystości. Zwróciły w niem szczególną uwagę wanny do kwasów sporządzone z drzewa sosny amerykańskiej. Wreszcie przyrządy przeznaczone do przygotowywania większych ilości złota w formie zdatnej do codziennego użytku dentystycznego: przyrządy do topienia, wyciągania drutu, do krajania krążków w większych ilościach, nożyce cyrkularne i t. p.

Fachowych wskazówek udzielał zwiedzającym p. Acht (junior), kierownik wytwórni, który odbywszy odpowiednie studja zagranicą, urządził pracownię na sposób europejski i kształci w niej młodsze siły w tym dziale wytwórczości, mającym dzisiaj szczególne znaczenie ekonomiczne ze względu na większą dziś niż kiedyindziej cenność szlachetnych metali.

Ruch naukowy.

9.33.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych Związku lekarzy-dentystów, przynależnych do Izby lekarskiej wschodniej Małopolski.

II. posiedzenie naukowe 29. maja 1923.

Referat dra Gorczyńskiego: Odcięcie, czy usunięcie miazgi doszczętne? (referat dyskusji w Towarz. Stomatologów wiedeńskich) patrz *Polska Dentystyka* (Księga Pamiątkowa) str. 297.

W dyskusji kol. Baranowski podnosi, że referat nie rozwiązuje rzeczy. Powinnoby się prowadzić dokładne badania n. p. na klinice: jednej grupie pacjentów ekstyrpować, drugiej amputować miazgę, następnie robić zdjęcia roentgenograficzne.

Kol. Allerhand zgadza się, że tylko badania promieniami Roentgena, histologiczne, bakterjologiczne, badania na zwierzętach (Müller i Guendét) mogą doprowadzić do pewnych rezultatów. Co do środków antyseptycznych, stosowanych w terapji zębowej, należy je zmieniać, gdyż bakterje po pewnym czasie niejako przyzwyczajają się do pewnych środków i znowu zaczynają okazywać objawy żywotne.

Kol. Gorczyński przedstawia tok leczenia przeprowadzonego na klinice sposobem profesora Cieszyńskiego. Arszenik zakłada się na 24 godzin, potem trójkreosolformalinę — potem następuje ekstyrpacja i wkładka trójkresolu-formaliny, oraz wypełnienie korzeni. Wyniki są dobre.

Przy zgorzeli odrazu oczyszcza się kanał, potem następują dwa razy wkładki półszczelne, następnie 2—3 wkładek szczelnych co 2—3 dni, zaś następnie wypełnienie. W wielu przypadkach zęby leczone poddaje się badaniu roentgenowskiemu; jeżeli jest przetoka wykonuje się odrazu resekcję wierzchołka zębowego.

III. posiedzenie naukowe 19. czerwca 1923.

Kolega Allerhand pokazuje ilustrację z *La Revue de Stomatologie*, przedstawiającą „chondrosarcoma mandibulae“ niezwykłej wielkości.

Na porządku dziennym referat kol. Czerneckiego „O koronach podwójnych“ (drukowany w *Polskiej Dentystyce* patrz nr. 5-ty str. 220).

W dyskusji kol. Pfau przypomina, że na kongresie międzynarodowym dentystów w r. 1909 w Berlinie mówiono już o koronach podwójnych i demonstrowano korony Sharpa, z których jedna zachodzi na drugą.

Kol. Allerhand: wprawdzie w koronach sharpowskich powierzchnie zgryzowe przylegają do siebie, stosunki anatomiczne są przestrzegane, co właśnie jest zaletą metody prelegenta.

IV. posiedzenie naukowe 9. paździer. 1923.

Na wniosek kol. Allerhanda uchwalono wysłać telegram gratulacyjny do profesora Bertena, który obchodzi swój 25-letni jubileusz.

Na porządku dziennym odczyt kolegi Allerhanda: 1. Rozprawa wileńska o złotym zębie. 2. Studja stomatologiczne Goethego (ukażą się w druku).

Następnie kol. Allerhand porusza sprawę uruchomienia przez Związek dentystów, kliniki dentystycznej szkolnej.

Kol. Czernecki proponuje zwrócić się do Dyrekcji Polikliniki o udzielenie lokalu i instrumentarjum.

Sprawę tę zasadniczo uchwalono. Utworzono Sekcję higjeny szkolnej, w skład której weszli: kol. Allerhand, Czernecki, Reichenstein, Schmar, Węgrzynowska. Sekcja ta ma za zadanie utworzenie i puszczenie w ruch Przychodni dentystycznej szkolnej.

Dnia 23. października 1923 r. odbyło się IV. posiedzenie naukowe z następującym porządkiem dziennym, kol. Katzner:

1. o oszczędności złota przy mostkach lanych; 2. o szynach ustalających.

Przewodniczący kol. Allerhand zagaja posiedzenie przedstawieniem przypadku *stomatitis*, która wystąpiła z powodu mostka z randolfu, wykonanego przez partacza technika z pozostawieniem wszystkich korzeni pod mostkiem. Po zdjęciu mostka i odpowiednim leczeniu *stomatitis* zupełnie ustąpiła.

W dyskusji zabrał głos prof. Cieszyński, polecając gorąco tymol — jako domieszkę do cementu przy osadzaniu koron i mostków. — Kol. Czernecki poleca domieszkę jodoformu do cementu.

Następnie zabrał głos kol. Katzner. Pierwszy referat: „O oszczędności złota przy mostkach lanych“ (okaże się in extenso w *Polskiej Dentystyce).*

Drugi referat: „O szynach ustalających“. Po krótkim przeglądzie najczęściej używanych szyn (Witkowski, Sachs, Resch) demonstruje kol. Katzner swój system szyny ustalającej, polegający na zasadzie inlay'owej w dwu modyfikacjach:

1. w pierwszej formie inlay'e poszczególne są osadzone na powierzchni siecznej i złączone ze sobą;

2. w drugiej natomiast powierzchnia wargowa jest nieobjęta inlay'em tak, że na zewnątrz szyna jest niewidoczna.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

1923. THE DENTAL COSMOS. LXV.

(Ciąg dalszy nr. 4).

53.0 Rugless. Odbudowa szczęk protetyczno-chirurgiczna.

22.2 Hyatt. Znaczenie higjeny ustnej.

22.2 Ballou. Sprawozdanie o higjenie ustnej.

4.10 Huebner. O ubezpieczeniu dla dentystów.

11.0 Rudd. Chemja dentystyczna.

22.2 Waas. Odontotomja zapobiegawcza.

Nr. 5.

52.70 Stallard. Składowa przedniotylna zgryzu.

25.38 Lyons. O zatrzymaniu zębów mlecznych.

30.11 Walker. Znaczenie zębów bezmiazgowych dla praktyki.

14.12 Malleson. Złamanie górnego siekacza.

22.2 Stilmann. Na czem polega profilaktyka ustna?

52.101 Peebles. Reprodukcja stosunków rzeczywistych przy sporządzaniu dostawek.

22.3 Fones. Związek djety z zębami.

Nr. 6.

52.101 Shoemaker. Mostki stałe wkładkowe.

51.22 Johnston. Leczenie korzeni diaforezą.

37.2 Polinger. Otok ropny zatoki szczękowej.

53.921 Blair. Ustalenie gałęzi przy złamaniach żuchwy.

30.11 Deaver. Współpraca lekarzy i dentystów przy zwalczaniu zakażenia ustnego.

52.20 Paterson. Odtwarzanie dostawek.

48.1 Wolfe. Znieczulenie śródzębodołowe.

22.2 Hyatt. Zapobieganie próchnicy trzonowców.

4.10 Bennet. Użyteczność sekretarki dla dentysty.

52.41 Mc. Cann. Tłocznia zapomocą wosku.

50.50 Kelsey. O leczeniu zesztywnienia stawu żuchwowego.

30.3 Keyes. O gruźlicy w zakładach.

Nr. 7.

52.20 Paterson. Budowa dostawek.

28.2 Prinz. Język czarny.

29.0 Kauffmann. O własnościach śliny.

30.7 Sajous. Gruczoły dokrewne a odżywienie zębów i próchnica.

7.8 Reed. Szkoła dentystyczna marynarki Stanów Zjedn.

51.22 Stołoff. Leczenie korzeni diaforezą.

53.90 Hegedüs. Przeszczepianie wyrostka zębodołowego.

30.11 Harris. Klinika Mayo.

Nr. 8.

1.2 Viau. Życie Piotra Fauchard (1678—1761).

1.2 Walsh. Fauchard — ojciec nowoczesnej dentystyki.

1.2 Viau. Rękopis Faucharda.

1.2 Prinz. Fauchard i jego dzieła.

22.2 Ditzel. Higjena ustna u dzieci w wieku przedszkolnym.

30.11 Kells. Utrzymanie zębów naturalnych.

25.3 Keyes. *Dentitio praecox*.

48.1 Thomas. Wybór środka znieczulającego.

30.11 Stirling. Zagadnienia lekarskie w dentystyce.

34.0 Hummel. Związek między stanem zębów a zdrowiem dziecka.

30.8 Royster. Odżywienie a życie.

48.0 Posner. Ulepszone sposoby znieczulania miejscowego.

4.10 Henson. Dentystyczne związki gospodarcze.

22.2 Davis. O dentystyce w ogródkach dziecięcych.

Francja.

1923. LA REVUE DE STOMATOLOGIE XXV.

Nr. 1.

30.11 Fichot. O wpływach humoralnych i komórkowych wywołanych zmianami ozębnej i o stanach septycznych pochodzenia ogniskowego.

37.7 Pietkiewicz. Wpływ odległy zimnego ropnia żuchwy.

23.91 Lacronique. Tłuszczak podśluzowy powierzchni zewnętrznej żuchwy.

18.212 Lefai. O wessaniu korzenia zębowego.

53.2 Izard. Wybór orjentacyjnej płaszczyzny poziomej w ortopedji szczękowej.

Nr. 2.

14.12 Retterer. Pochodzenie i rozwój ozębnej.

52.30 Darcissac. Branie wycisków sposobem Frippa.

23.4 Thésée. Przerost olbrzymi górnego wielkiego siekacza.

33.3 Thibierge. Liszaj Wilsona w ustach i narządach płciowych.

Nr. 3.

24.63 Delater, Bercher. Szkliwiak, guz o licznych zębach; dwa zarodkowe zaburzenia rozwojowe, jedno o przewadze przybłonka, drugie o przewadze tkanki mezodermalnej (szkliwiak Coryllosa).

53.93 Pont. Odbudowa protetyczno-chirurgiczna dna nosa.

25.36 Choitel. Dolny ząb mądrości zbruździony wiązką żuchwową.

Nr. 4.

55.8 Lacronique. Kontrola roentgenowska wyleczenia po odcięciu wierzchołka.

33.2 Bercher, Merville. Dwa przypadki trzeciorzędnej kiły okolicy górnych siekaczy.

22.2 Thésée, Nuyts. Praktyczny sposób wyjaławiania szczotki do zębów.

52.91 Duchange. Anatomiczne korony na przednie zęby.

Nr. 5.

24.761 Delater, Bercher. O ziarniniakach.

25.3 Rodier. Trzy przypadki zrośniętych górnych trzonowców.

23.91 Coffart. Guz niezłośliwy żuchwy znacznych rozmiarów.

52 Ponroy, Mozer. Naprawa dostawek w ustach.

23.91 Chompret. Włókniak kostny szczęki górnej.

Nr. 6.

25.3 Thésée. Przypadek zrostu mlecznych siekaczy dolnych.

54.9 Hérpin. Błędy w tłumaczeniu roentgenogramów.

27.6 Fargin-Fayolle. Ropień podniebienny przy gośćcu.

39.36 Waton. Wyjaławianie małych narzędzi zapomocą formolu.

Nr. 7.

24.90 Lhirondel. Zapalenie gruczołu ślinnego podjęzykowego tudzież jego przewodu z powodu kamienia.

39.320 Hérpin. Nowy środek znieczulający.

33.2 Bercher, Merville. Dwa przypadki zgorzeli kości międzyszczękowej przy kile dziedzicznej.

Szwajcarja.

1923. SCHWEIZERISCHE MONATSSCHRIFT FÜR ZAHNHEILKUNDE XXXIII.

Nr. 1.

26.70 Müller. O ropotoku zębodołowym.

52 Ackermann. Dostawki a chorzy.

Nr. 2.

25.38 Roos. Periodontitis chr. recidiv. absced. wskutek zatrzymania.

25.35 Bail. Złogi wapienne w zębach.

34 Reh. Związek między ząbkowaniem a patologją osesków.

Nr. 3.

51.26 Lutz. Badania histologiczne i bakterjologiczne nad działaniem pasty „Trio“ przy odcięciu miazgi.
52.94 Lagier, Teysseire. Technika Peeso'a mostków ruchomych.

Nr. 4.

52.91 Reist. Badania kliniczne i histologiczne zachowania się miazgi zębów zaopatrzonych w korony.
14.12 Cavalié, Marcive. O przenikaniu substancji barwiących przeciwgnilnych przez ściany zębów.
51.26 Montigel. O leczeniu korzeni sposobem Gysiego.

Nr. 5.

51.27 Müller. Sprawa gojenia u otworu szczytowego; jej znaczenie dla leczenia miazgi.
0.1 Roos. *Duplicitas casuum.*
1.2 Viau. Życie Piotra Faucharda.

Nr. 6.

51.19 Bakker. Zmiany kształtu gipsu i mas osłaniających podczas tężenia.
52.70 Zbinden. Zagadnienie zgryzu.

Nr. 7.

55.8 Walter. Zapalenie ozębnej, zmiany następowe, wyniki leczenia i odnowa w świetle roentgenografji.
26.71 Golaz. Ropotok zębodołowy; wynik różnic kwasoty krwi.

Austrja.

1923. ZEITSCHRIFT FÜR STOMATOL. XXI.

Nr. 1.

24.76 Péter, Hofer. Ostre zapalenie okostnej zębowej; powikłania i leczenie.
18.232 Péter. W sprawie siarkosinku w ślinie.
52.70 Falck. Krytyczne uwagi o „Podstawach fizycznych“ Wustrowa.
26.73 Müller. Obcięcie okrężne dziąsła.
52.51 Szabó. Dostawka dolna przy zupełnym zaniku wyrostka zębodołowego.

Nr. 2.

50.30 Mayer M. Technika operacyjna wielkich torbieli w górnej szczęce i podstawy jej patologiczne i fizjologiczne (9 ryc.).
48.0 Kneucker. Strzykawka nie wymagająca naprawy (1 ryc.).
51.26 Péter. Jeszcze o odcięciu miazgi.
24.65; 35.1 Kurz. Torbiel szczękowa przyczyną zapalania tęczówki i ciałka rzęskowego (*Iridocyelitis*).

Nr. 3.

14.123 Zilz. Cement ochronny w zatrzymanych nadliczbowych zawiązkach przytrzonowca (*paramolar*).
37.2 Loos (Praga). Niedrożność nosa pochodzenia zębowego.
52.70 Péter. Leczenie nadmiernego obciążenia.
51.27 Péter. O działaniu chininy na miazgę.
48.4 Kneucker. Zapad po nowokainie.
1.2 Pordes. „Konrad Wilhelm Röntgen“. Nekrolog.

Nr. 4.

14.12 Gottlieb. Rozlany zanik kości szczękowej; wyrównanie przez rozrost cementu.
24.65 Riha. Zropiałe torbiele korzeniowe.

Nr. 5.

51.16; 24.75 Palazzi. Zmiany anatomiczne miazgi po założeniu wypełnień krzemianowych.
52.12 Weiser. Licówki wypalane własnej roboty do koron i mostków.
52.95 Wustrow. Znaczenie zasad fizykalnych dla protetyki.
51.22 Riha. O leczeniu przewodów zębowych.

37.2 Hauer. Trudny przypadek zapalenia ropnego jamy szczękowej.
39.30 Bardach. Dwutlenek chlorku wodoru.

Nr. 6.

51.1 Mayer. Objaw wzmożonego bólu na ciepło przy zapaleniach miazgi (z 7 ryc.).
31.6 Zilz. Zębiniaki i przerost cementu wywołując bóle twarzy nerwobólowe.
54.1 Scherbel. Prosty sposób pomierczy przy zdjęciach roentgenowskich zębów (z 5 ryc.).
52.95 Falck. Teorja przeciążenia (z 4 ryc.).
52.95 Péter. Teorja przeciążenia (z 4 ryc.).
40.0 Grientschnig. Dwa przypadki wrażliwości szczególnej na jod.

Nr. 7.

52.10 Bakker. Czas tężenia gipsu.
12.4 Knaffl-Lenz. Teorja dyssocjacji elektrolitycznej.
11.21 Leist. Działanie oligodynamiczne metali używanych w dentystyce; przyczynek do sprawy siarkosinku.
18.24 Orban. Obecny stan nauki o witaminach i ich związek z uzęb.
25.38 Péter. Wielokrotne zatrzymanie zębów w szczękach; leczenie operacyjne.

Nr. 8.

31.1 Sicher. Porażenie nerwu twarzowego po znieczuleniu przewodowem w szczękach.
52.70 Welisch. O teorji „nadmiernego obciążenia".
31.6 Klein. (Kromieryż). O ile może się dentysta przyczynić do zwalczania nerwowości swych chorych?
52.94 Frey. Mostki Roacha.

Niemcy.

1922. ZAHNÄRZTLICHE RUNDSCHAU.

Nr. 49. (Dokończenie).

22.3 Brunst. Tabela sanac. Kantorowicza.

Nr. 50.

50.20 Grosse. Odcięcie wierzchołka.
—.— Hofrath. Leczenie rodanem odżywa.
4.0 Hesse. Konieczność wykształcenia dentystów w ekonomji społecznej.

Nr. 51.

51.22 Gutmann. Jak uchronić się przed niepowodzeniem w leczeniu zębów z chorą miazgą?
52.0 Fehr. O zgryzie.

Nr. 52.

52.0 Fehr. Zęby sztuczne.
50.20 Schub. Przyczynek do odcięcia wierzchołka.
50.20 Gutmann. Odcięcie wierzchołka.
23.70 Wittkop. Czy zapalenie leczy?
23.70 Wisnia. Czy zapalenie leczy?
23.70 Torger. Czy zapalenie leczy?

1923. VIERTELJAHRSSCHRIFT FÜR ZAHNHEILKUNDE XXXIX.

Nr. 1.

52.70 Christiansen. Zdolność żująca uzębienia naturalnego i sztucznego.
26.73 Widman. O leczeniu chirurgicznem ropotoku zębodołowego.
26.40 Bergve. O próchnicy.
30.11 Thjötta. O zakażeniu ustnem.
52.101 Schenk. Leczenie nieprawidłowości ustawienia zapomocą mostków.
24.65 Williger. Torbiele bezzębne w szczękach.
14.21 Fischer. O rozgałęzieniach przewodów korzeniowych.
14.21 Türkheim. O rozgałęzieniach przewodów korzeniowych.
52.70 Eichentopf. Zgryzadło bezstawowe.
24.65 Römer. O powstawaniu przestrzeni pustej w torbielach.
14.125 Euler. Nasada przybłonkowa w nowszem oświetleniu.

WYKAZ UCZESTNIKÓW I. ZJAZDU LEK.-DENT. WE LWOWIE. (C. d. do str. 459).

177. Dr. Antlerówna F., Lwów, Sykstuska 23.
178. Dr. Chudkowski T., Lwów, Piekarska 51.
179. Eidesówna K., Lwów.
180. Feuerstein L., Lwów.
181. Garfinkiel G.[1]), Suwałki.
182. Dr. Gorczyński H., Lwów, Grunwaldzka 12.
183. Herrslik E.[1]), Lwów, Pańska 17.
184. Dr. Jankowski W., Lwów, Hetmańska 10.
185. Dr. Jeżower Fr., Rzeszów, 3-go Maja 8.
186. Koprowski E.[1]), Łódź, Piotrkowska 39.
187. P. Klusowa M.[1]), Lwów.
188. P. Meissnerowa Alfredowa, Warszawa, Mokotowska 14, (nadzw.).
189. Dr. Miłkowski Z., Lwów, Słowackiego.
190. P. Mokrzycka W., Warszawa, Kredytowa 16, (nadzw.).
191. Dr. Rossberger S., Jarosław.
192. Rzędowska E.[1]), Łódź, Wolczańska 159.
193. Dr. Sennesieb M., Lwów, Kilińskiego 3.
194. Śpiżewski J.[1]), Poznań, św. Marcin 63.
195. Taubenhaus K.[1]), Warszawa, Chłodna 26.
196. Wacholder L.[1]), Ostrowiec.
197. Dr. Węgrzynowska St., Lwów, Akademicka 15.
198. Witkowska J.[1])), Żegiestów.
199. Willner[1]), Warszawa.
200. Wurf D.,[1]), Wiedeń.
201. Zaczyńska A., Warszawa, słuch. P. I. D.

[1]) = lekarz-dentysta.